

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00625 vom 19. Dezember 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-12-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00625

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00625 du 19 décembre 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00625 del 19 dicembre 2024

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. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der Anmeldung bei der Invalidenversicherung vom Oktober 2020 (Urk. 11/43) könnten allfällige Leistungen frühestens ab April 2021 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

E. 1.2

Erw erbsunfähigkeit ist gemäss Art.

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.4

Wurde eine Rente verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise

geändert hat.

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts 9C_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

Anlass zur Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 1.5

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V

215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

E. 1.6

Nach bisheriger und langjähriger höchstrichterlicher Rechtsprechung führten Suchterkrankungen als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Sie wurden im Rahmen der Invalidenversicherung erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt haben, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender, Gesundheitsschaden eingetreten war, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens waren, dem Krankheitswert zukam. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden fehlte demgegenüber, wo in der Begutachtung im Wesentlichen nur Befunde erhoben wurden, welche in der Sucht ihre hinreichende Erklärung fanden (Hinweise zur bisherigen Rechtsprechung in BGE 145 V 215 E. 4.1). Diese bisherige Rechtsprechung änderte das Bundesgericht mit BGE 145 V 215 dahingehend, dass - fachärztlich einwandfrei diagnostizierten - Abhängigkeitssyndromen beziehungsweise Substanzkonsumstörungen nicht zum vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden kann (E. 5.3.3), sondern diese vielmehr als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht fallen (E.

6). Gemäss BGE 143 V 418 E. 6 f. ist die Frage nach den Auswirkungen sämtlicher psychischer Erkrankungen auf das funktionelle Leistungsvermögen grundsätzlich unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu beantworten. Hierzu gehören nach dem oben Ausgeführten auch Abhängigkeitssyndrome (E. 6.2). Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens kann und muss insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden. Diesem kommt nicht zuletzt deshalb Bedeutung zu, weil bei Abhängigkeitserkrankungen - wie auch bei anderen psychischen Störungen - oft eine Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorliegt. Letztere sind selbstverständlich auch bei Abhängigkeitserkrankungen auszuklammern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen (vgl. bezüglich der Depressionen BGE 143 V 409 ff. E. 4.5.2). Eine krankheitswertige Störung muss umso ausgeprägter vorhanden sein, je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Beschwerdebild mitprägen (E. 6.3).
1. 7

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

9. Februar 2024 (Urk. 14) an seinen Anträgen fest. Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 22. April 2024 auf das Einreichen einer Duplik, wovon der Beschwerdeführer am 13. Mai 2024 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Aus medizinischer Sicht habe keine Veränderung der Diagnosen und Befunde seit der letzten Verfügung vom 21. September 2017 festgestellt werden können. Es liege keine Erkrankung vor, die eine dauerhafte und erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge habe. Die im Einwandverfahren vorgelegten Berichte änderten

nichts an dieser Einschätzung. Auf das Medas-Gutachten sei abzustellen. Ein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe nicht (S. 2).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 10) hielt die Beschwerdegegnerin fest, es werde im Bericht der Arztpraxis B. ___ vom 10. Oktober 2023 erstmals eine Chronic

Obstructive Pulmonal Disease (COPD) Gold III diagnostiziert.

Diese Diagnose könnte einen Einfluss auf die gutachterlich abgeklärte Leistungsfähigkeit haben. Sie habe sich vor Erlass der angefochtenen Verfügung manifestiert und es sei demnach davon auszugehen, dass weitere Abklärungen, insbesondere bezüglich der Auswirkungen der neu gestellten Diagnose auf das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers angezeigt seien. Deshalb sei eine Rückweisung der Angelegenheit angezeigt.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte geltend (Urk. 1), er habe bereits den Gutachtern mitgeteilt, dass es ihm bezüglich seiner Lunge seit einiger Zeit erheblich schlechter gehe. Dies sei als subjektives Empfinden abgetan worden. Er leide jedoch an einer schweren COPD, was zusammen mit seinen weiteren Beeinträchtigungen zu einer erheblichen Beeinträchtigung seiner Erwerbsfähigkeit führe (S. 2 f. Ziff. 2). Es habe keine spezifisch pneumologische Begutachtung stattgefunden und eine fundierte Gesamtschau fehle (S. 3 Ziff. 3.1). Das psychiatrische Teilgutachten entspreche sowohl in Bezug auf den funktionellen Schweregrad als auch betreffend Konsistenz nicht den Akten (S. 4 Ziff. 3.2.2). Er lebe entgegen den gutachterlichen Feststellungen komplett isoliert und sei funktional stark

reduziert. Die Diagnose einer blossen Dysthymie sei nicht zutreffend (S. 5). Er sei nicht arbeitsfähig, weshalb er Anspruch auf eine ganze Rente habe (S. 6 Ziff. 4). Daran hielt der Beschwerdeführer in seiner Replik fest (Urk. 14).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob bis zum Verfügungszeitpunkt am 24. Oktober 2023 im Vergleich zur Situation, wie sie der Verfügung vom 21. September 2017 (Urk. 11/33) zugrunde lag, eine anspruchrelevante Änderung eingetreten ist (vgl. vorstehend E. 1.4), und ob der Sachverhalt genügend abgeklärt wurde. 3. 3.1

Die Verfügung vom 21. September 2017 erging im Wesentlichen gestützt auf die folgenden Unterlagen :

Die Ärzte der Klinik für Innere Medizin am Universitätsspital C.____ stellten mit Bericht vom 2. März 2016 (Urk. 11/28) folgende, hier teilweise verkürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 1): - chronische linksthorakale Schmerzen - panvertebrales Schmerzsyndrom - chronisch obstruktive Pneumopathie G OLD (Global Initiative for

Chronic

Obstructive Lung Disease) 2 - chronische venöse Insuffizienz - Substanzabusus, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm sowie Teilnahme am heroingestützten Behandlungsprogramm - Gastritis Es sei eine Physiotherapie und eine Osteoporose-Messung vorgesehen (S. 3). 3.2

Dr. med. D.____, Ärztlicher Leiter Psychiatrie, Zentrum E.____,

stellte mit Bericht vom 14. Dezember 2016 (Urk. 11/20) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - psychische und Verhaltensstörung durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10 F11.22) - psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10 F13.22) Die folgenden (hier verkürzt wiedergegebenen) Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende Rückenschmerzen - anamnestisch radiologisch abgeklärt, ohne pathologischen Befund - Gastritis - Thoraxschmerzen muskuloskelettaler Genese - COPD G OLD II, 60 pack years, anhaltender Konsum - Computertomographie des Thorax im Februar 2016: zentrilobuläres und paraseptales Emphysem - chronische venöse Insuffizienz - Lungenemphysem

Das Abhängigkeitssyndrom des Beschwerdeführers sei als sekundär zu betrachten und könne als Folge permanenter Überforderung und ungünstiger Entwicklungsbedingungen interpretiert werden. Die Teilnahme am Substitutionsprogramm diene der Stabilisierung des Beschwerdeführers und bewahre ihn vor der psychischen Dekompensation (Ziff. 1.4). Die Erwerbsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht keine Frage der Suchtmittelabstinenz, sondern sie sei durch die psychischen und körperlichen Beschwerden limitiert. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und im ersten Arbeitsmarkt betrage 20 bis 30%. Im zweiten Arbeitsmarkt sei der Beschwerdeführer zu maximal 50% arbeitsfähig (Ziff. 1.7). Das Belastungsprofil sei wie folgt: Keine Arbeit unter Zeitdruck, keine körperliche Belastung, weitgehend ohne Leistungsdruck, keine grossen Anforderungen an die

Konzentrationsfähigkeit (Urk. 11/20/5). 3. 3

Dr. med. F.____ , Praktischer Arzt, stellte mit Bericht vom 8. März 2017 (Urk. 11/26) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) - psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (ICD-10 F19) - Ischialgie (ICD-10 M54.3) - sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit (ICD-10 J44) In der angestammten Tätigkeit bestehe seit 2006 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Es sei keine Tätigkeit mehr möglich (Urk. 11/26/4). 3.4

Med. pract . G.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, regionaler ärztlicher Dienst (RAD), führte im Mai 2017 (Urk. 11/30/3-5) aus, es liege keine Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Als Hilfsarbeiter sei eine zeitlich flexible Tätigkeit ohne permanenten Zeit- und Termindruck, bei nur geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre zunächst zu 60 % möglich. Bei positivem Krankheitsverlauf und zunehmender Adaptierung am Arbeitsplatz wäre ein Pensum von 80 bis 100 % erreichbar. Die Drogenabhängigkeit sei sekundär (S. 4). Durch die tägliche Dosis von Diazepam und Diacetylmorphin sei ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht auszuschliessen. Sofern dadurch eine reduzierte Arbeitsfähigkeit resultiere, beruhe diese nicht auf einem dauerhaft die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsschaden. Eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit um etwa 20 % durch unerwünschte Nebenwirkungen der Substitutionsbehandlung sei plausibel . Die unter medizinische Massnahmen aufgeführte leitliniengerechte Behandlung beinhalte auch die Behandlung der im Dezember 2016 diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode (S. 5). 3.5

Gestützt auf diese Unterlagen verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 21. September 2017 einen Gesundheitsschaden, der die Arbeitsfähigkeit dauerhaft einschränkt (Urk. 11/33). 4. 4.1

Im Rahmen der Neuanmeldung vom 26. Oktober 2020 (Urk. 11/43) ergingen folgende medizinischen Berichte :

Dr. med. H.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. I.____ stellten mit Bericht vom 14. Dezember 2020 (Urk. 11/50/1-5) folgende Diagnosen - andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62) - hyperkinetische Störung, einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.09) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11) - Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10 F11.22) - psychische und Verhaltensstörung durch Opiode, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10 F11) - psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa und Hypnotika (ICD-10 F13) Der Beschwerdeführer stehe seit dem 25. August 2020 in regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung (S. 1). Er sei seit längerer Zeit arbeitslos, sei als Hauswarthilfe in einem Pensum von 20 % tätig, was die Belastungsgrenze darstelle (S. 3). Prognostisch sei an keine Arbeit in der freien Wirtschaft zu denken (S. 5). 4.2

Hausärztin Dr. med. J.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, stellte mit Bericht vom 23. Dezember 2020 (Urk. 11/51/1-2) folgende, hier verkürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 1): - schwere Abhängigkeit und Suchterkrankung - psychische und

Verhaltensstörung durch Opioid: Abhängigkeits syndrom, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10 F11.22) - schwere Antrumgastritis - chronische rezidivierende Rückenschmerzen - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - rezidivierende, unklare Thoraxschmerzen - am ehesten muskuloskelettaler Genese - COPD GOLD- Stadium II mit kumulativ 60 pack years , aktuell anhaltender Konsum - Lungenemphysem - chronisch venöse Insuffizienz beidseits, Stadium II Insgesamt habe der Beschwerdeführer so viele Belastungen, dass aus hausärztlicher Sicht keine andere Option als eine Invalidenrente bestehe. Der Beschwerdeführer sei nicht mehr integrierbar (S. 2). 4.3

Vom 9. bis 30. März 2021 unterzog sich der Beschwerdeführer in der Klinik K.____ einer stationären Behandlung zum Entzug von Benzodiazepinen vor dem Hintergrund einer polyvalenten Abhängigkeitserkrankung. Der Austritt sei in deutlich stabilisiertem Zustand im Rahmen der Dormicum -Abstinenz, der in der Klinik etablierten Tagesstruktur sowie bei einem deutlich verbesserten Nachtschlaf erfolgt (Bericht vom 21. April 2021; Urk. 11/61/7-10; S. 1 und 3). 4.4

4.4.1

Die Ärztinnen und Ärzte des A.____ stellten in ihrem am 1. September 2022 nach Berücksichtigung der Akten (S. 13 ff.), Erhebung der Anamnese (S. 24 ff.) und Durchführung einer allgemeininternistischen (S. 52 ff.), psychiatrischen (S. 22 ff.) und rheumatologischen (S. 39 ff.) Untersuchung erstatteten Gutachten (Urk. 11/77) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6): - psychische und Verhaltensstörungen durch Opioid: Abhängigkeits syndrom, gegenwärtig Teilnahme an einem Substitutionsprogramm (ICD-10 F 11.22) - psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa und Hypnotika (Benzodiazepine): gegenwärtig Teilnahme an einem Substitutionsprogramm (ICD-10 F 13.22 - degeneratives Wirbelsäulensyndrom - mit Fehllage der Wirbelsäule mit deutlicher Hyperkyphose und Morbus Scheuermann bei linkskonvexer thorakaler und rechtskonvexer lumbaler Skoliose - COPD, zuletzt Grad II Die folgenden Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7): - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - ADHS (ICD-10 F90.0) - Nikotinabusus - venöse Insuffizienz der unteren Extremitäten - moderate Gynäkomastie - Übergewicht 4.4.2

Der psychiatrische Gutachter führte aus, aktuell zeige sich keine depressive Symptomatik im mittelgradigen Ausmass. Eine solche passe auch nicht zu den aktuellen anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers. Dieser beschreibe, dass er seit dem Suizid der Mutter vor zehn Jahren quasi durchgehend mit gewissen Schwankungen in einer deprimierten Stimmung sei. Insgesamt habe er das Bild einer Dysthymia beschrieben. Die Diagnose eines ADHS ersch ei ne vor dem Hintergrund der Angaben des Beschwerdeführers als nachvollziehbar (S. 31). Die in den Berichten der Behandler genannte Diagnose einer Persönlichkeits änderung nach Extrembelastung sei nicht nachvollziehbar, da die dafür typische feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt beim Beschwerdeführer nicht ansatzweise vorhanden sei. Eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit sei ebenfalls nicht ausgewiesen, da die dafür erforderlichen Kriterien nicht in genügender Weise erfüllt seien. Zwar sei durchaus eine Depressivität feststellbar, die aber einen eigenständigen Charakter habe und unter anderem auch mit der schwierigen sozialen Situation mit finanziellen Problemen und hohen Schulden zusammenhänge und nicht Ausdruck einer Persönlichkeitsänderung sei (S. 32). Die soziale und berufliche Funktions fähigkeit sei aufgrund der Suchterkrankung und nicht aufgrund einer Persönlich

keitsänderung beeinträchtigt (S. 33).

Die Behandlung sei adäquat (S. 34). Die bisherige Tätigkeit an einer Kuvertier-Maschine mit sehr hohem Zeitdruck und nachts sei in zwei Blöcken zu jeweils 2 Stunden mit zusätzlicher Leistungsminderung von 20 % zumutbar, woraus eine Arbeitsfähigkeit von 40 % resultiere (S. 35). In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 36). 4.4.3

Die rheumatologische Begutachtung ergab keine Hinweise auf eine entzündlich bedingte Grunderkrankung, jedoch auf ein degeneratives Wirbelsäulensyndrom (S. 47). Aus rheumatologischer Sicht sei keine Veränderung seit der Verfügung vom 21. September 2017 festzustellen (S. 50).

Aus internistischer Sicht wurde eine COPD, zuletzt Grad II, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 59). Anlässlich der internistischen Begutachtung führte der Beschwerdeführer aus, aus seiner Sicht stehe die Atemnotproblematik im Vordergrund, die bereits bei moderater Belastung auftrete (S. 55). Kurz nach der Begutachtung sei eine pulmonologische Untersuchung geplant gewesen, deren Befund noch nicht vorliege (S. 58).

4.4.4

Die berufliche Leistungsfähigkeit werde durch eine langjährig bestehende Suchterkrankung mit Substitution, eine COPD und ein degeneratives Wirbelsäulensyndrom beeinträchtigt. Die Substitution führe zu einer allgemeinen Verlangsamung und reduzierten Stressbelastbarkeit. Die COPD und das Wirbelsäulenleiden reduzierten die körperliche Leistungsfähigkeit. Geeignet sei eine rein sachbetonte, gut strukturierte, kognitiv einfache, regelmässige Tätigkeit ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderung an die emotionale Belastbarkeit. Tätigkeiten mit Multitasking-Aufgaben sollten vermieden werden; der Beschwerdeführer sollte eine Aufgabe nach der anderen abarbeiten können. Tätigkeiten, die berufsbedingt den Umgang mit Suchtmitteln erforderten (zum Beispiel Ausschank von alkoholischen Getränken), seien nicht geeignet. In körperlicher Hinsicht seien leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen möglich. In die Hocke gehen, Leitern und Treppen steigen, Hinknien und Kauern seien nicht repetitiv möglich. Über Kopfarbeit solle nur gelegentlich erfolgen (S. 7). In der angestammten Tätigkeit bestehe seit der letzten Verfügung vom 21. September 2017 eine Arbeitsfähigkeit von 40 %. Die rheumatologische und die internistische Arbeitsunfähigkeit gingen in der psychiatrischen Arbeitsunfähigkeit auf, da die psychiatrische Leistungsminderung den Beschwerdeführer auch rheumatologisch und internistisch ausreichend entlaste (S. 8). In einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil bestehe ebenfalls seit September 2017 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 9). Es sei seit diesem Zeitpunkt subjektiv vermehrt Atemnot aufgetreten. Eine COPD im Stadium Gold II sei allerdings bereits 2016 diagnostiziert und im Dezember 2020 festgehalten worden. In Anbetracht der Grunderkrankung erscheine Dyspnoe unter körperlicher Belastung als nachvollziehbar. Nach Angaben des Beschwerdeführers bestehe eine subjektive Verschlechterung seit Mitte 2019 (S. 10). 4.5

Med. pract. G.____, RAD, hielt am 9. September 2022 fest, das

A.____-Gutachten sei schlüssig und nachvollziehbar. Demnach sei eine rein sachbetonte, gut strukturierte, kognitiv einfache, regelmässige Tätigkeit ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderung an die emotionale Belastbarkeit zumutbar. Tätigkeiten mit

Multitasking-Aufgaben sollten vermieden werden; der Beschwerdeführer sollte eine Aufgabe nach der anderen abarbeiten können. Tätigkeiten, die berufsbedingt den Umgang mit Suchtmitteln erforderten, seien nicht geeignet (Urk. 11/79/6-7) .

Seitens der Sachbearbeitung der Beschwerdegegnerin wurde festgehalten, es liege seit der letzten Verfügung lediglich subjektiv eine Veränderung in Form von subjektiv vermehrter Atemnot seit Mitte Mai 2019 vor. Eine objektive Veränderung werde nicht erwähnt. Der medizinische Gesundheitszustand

sei somit unverändert , womit es sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes handle. Somit liege weiterhin kein anspruch relevanter Gesundheitsschaden vor (Urk. 11/79/7). 4.6

Dr. H.____ und lic. phil. I.____ nahmen am 25. Oktober 2022 im Rahmen der von ihnen mitverfassten Einsprache (Urk. 11/88) Stellung und hielten unter anderem fest, die schwierigen Verhältnisse des Beschwerdeführers in Kindheit und Jugend würden vom psychiatrischen Gutachter kurz erwähnt, aber viel zu wenig gewichtet (S. 3). In der kurzen Begutachtungssituation möge der Beschwerdeführer angepasst wirken, aber in der Therapie liessen sich tiefere Störungen erkennen (S. 4). 4.7

Dr. J.____ stellte mit Bericht vom 30. September 2022 (Urk. 11/91/1-2) folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - Status nach Drogenkonsum, aktuell in einem Substitutionsprogramm - Benzodiazepin-Abhängigkeit - COPD

G OLD-Stage II-III - Refluxoesophagitis - chronische muskuloskelettale Thoraxschmerzen - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit und bei geringer dorsaler Diskusprotrusion LWK2-SWK1 - Recessusstenose LWK 4/5 beidseits mit Diskuskontakt zu den Nervenwurzeln L5 - chronische venöse Insuffizienz - Status nach Ulzeration rechts inframalleolär rechts - bekanntes Lungenemphysem

Es sei klar, dass unter Benzodiazepinen und Diaphin keine normale Hirnleistung und Konzentration gewährleistet werden könne. Als Hausärztin sehe sie keine realistische Möglichkeit, den Beschwerdeführer in die Arbeitswelt zu integrieren, dies aufgrund der multiplen Erkrankungen und der massiven Schmerzen (S. 2). 4.8

Mit Bericht vom 17. November 2022 über die gleichentags erfolgte pneumologische Sprechstunde (Urk. 11/94) diagnostizierte Dr. L.____ , Facharzt für Pneumologie, eine COPD GOLD Stadium 3 mit schwergradiger Obstruktion und Überblähung, leichtgradiger Diffusionsstörung und chronischem Nikotinkonsum, zudem eine Heroinsucht unter Diaphin-Behandlung (S. 1). Es sei eine Verlaufskontrolle in sechs Monaten geplant (S. 2). 4.9

Eine bildgebende Untersuchung des Thorax vom 4. September 2023 (Urk. 11/97) ergab ein Lungenemphysem von deutlichem Ausmass. Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 15. September 2023 stellte Dr. L.____ eine klinische sowie eine funktionelle Befundverschlechterung fest, weshalb unter dem Verdacht auf eine infektexazerbierte COPD eine antibiotische Therapie sowie eine Prednisolon -Stosstherapie begonnen worden sei (Urk. 11/97/2-3 = Urk. 3/3/1 S. 2).

5. 5.1

Im Jahr 2016 litt der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht an linksthorakalen Schmerzen, einem paravertebralen Schmerzsyndrom, einer COPD, welche damals im

Schweregrad G OLD II eingestuft wurde, einer chronischen venösen Insuffizienz und an einer Gastritis. Er befand sich bezüglich Substanzabusus im ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (vgl. vorstehend E. 3.1). Dr. D.____ diagnostizierte zudem ein Lungenemphysem (vgl. vorstehend E. 3.2). In psychiatrischer Hinsicht gingen Dr. D.____ und Dr. F.____

im Jahr 2016 und 2017 nebst der Suchterkrankung von einer rezidivierenden depressiven Störung aus (vgl. vorstehend E. 3.2 und 3.3), wobei es sich bei beiden Ärzten nicht um psychiatrische Fachärzte handelt. RAD-Arzt G.____ schätzte als Facharzt für Psychiatrie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer entsprechend angepassten Tätigkeit auf 60% ein, wobei er bei positivem Krankheitsverlauf eine Arbeitsfähigkeit von 80 bis 100% als erreichbar und eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit um etwa 20% durch unerwünschte Nebenwirkungen der Substitutionsbehandlung als plausibel erachtete (vorstehend E. 3.4). Das von med. pract. G.____ festgelegte Belastungsprofil (zeitlich flexible Tätigkeit ohne permanenten Zeit- und Termindruck, bei nur geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre) lässt jedoch die Auseinandersetzung mit den bereits damals klar ausgewiesenen somatischen Diagnosen vermissen. Ein Orthopäde, Pneumologe oder Rheumatologe wurde n seitens des RAD nicht beigezogen. Widersprüchlich erscheint auch die Angabe von med. pract. G.____, eine aus der Suchtersatzmedikation resultierende Reduktion der Arbeitsfähigkeit beruhe nicht auf einem dauerhaft die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsschaden, wenn gleichzeitig festgehalten wird, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um etwa 20% durch die unerwünschten Nebenwirkungen der Suchtersatzmedikation sei plausibel (E. 3.4). Dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf diese Beurteilung mit Verfügung vom 21. September 2017 einen die Arbeitsfähigkeit dauerhaft einschränkenden Gesundheitsschaden verneinte, erscheint insgesamt als nicht genügend begründet. Dieser Mangel darf sich in einem Revisionsverfahren hinsichtlich der Prüfung der Revisionsvoraussetzungen grundsätzlich nicht zulasten des Beschwerdeführers auswirken

(vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2007 vom 11. April 2008 E. 5.1). Nachdem die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Beschwerdeantwort bezüglich der COPD aufgrund der neu festgestellten Gradeinteilung Gold III jedoch die Möglichkeit einer veränderten Befundlage (dazu nachfolgend) anerkennt, kann offenbleiben, wie es sich damit verhält. 5.2

In somatischer Hinsicht ergibt sich aus den Berichten von Dr. L.____, dass im Vergleich zur Situation im Jahr 2017 eine klinische und funktionelle Verschlechterung der COPD im Sinne einer Neueinteilung Grad III statt II eingetreten ist. Damit ist eine veränderte Befundlage ausgewiesen. Bildgebend wurde zudem ein deutliches Ausmass des Lungenemphysems genannt (vgl. vorstehend E. 4.9), womit auch diesbezüglich eine Veränderung als möglich erscheint. Das Lungenemphysem

fand, obwohl vorbestehend, keinen Eingang in das A.____-Gutachten (vgl. Urk. 11/77 S. 59; S. 7), ebenso wenig wie die Resultate der vom Beschwerdeführer angekündigte pulmonologische Untersuchung, die kurz nach der Begutachtung

geplant war und im November 2022 erfolgte (vgl. vorstehend E. 4.4.3 und E. 4.8). Erneut nahm zudem med. pract. G.____ zum Belastungsprofil in nicht nachvollziehbarer Weise Stellung, da er auf die aus somatischer Sicht zu beachtenden Einschränkungen (leichte bis

mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen, in die Hocke gehen, Leitern und Treppen steigen, Hinknien und Kauern nicht repetitiv, Überkopfarbeit nur gelegentlich; vgl. vorstehend E.4.4.4) nicht einging, sondern einzig die aus psychiatrischer Sicht zu beachtenden Limiten nannte (vgl. vorstehend E. 4.5).

Zudem wurden die bezüglich der verschlechterten Lungenproblematik am 4. beziehungsweise 15. September 2023 ergangenen Berichte (vgl. vorstehend E. 4.9) dem RAD nicht mehr vorgelegt (vgl. Urk. 11/98/4-5), obwohl sie der Beschwerdegegnerin am 12. Oktober 2023 (Urk. 11/96) und somit noch vor Verfügungserlass eingereicht worden waren. Vielmehr erliess die Beschwerdegegnerin am 24. Oktober 2023 direkt die rentenabweisende Verfügung (Urk. 2).

5.3

Nach dem Gesagten ist mit der Verschlechterung der COPD von Grad II auf Grad III ein Revisionsgrund ausgewiesen, womit der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen ist (vgl. vorstehend E. 1.4). In somatischer Hinsicht ist diese Prüfung anhand der vorhandenen Akten allerdings nicht möglich, da die Auswirkungen der Verschlechterung der COPD auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bislang nicht abgeklärt wurden. Auf die Berichte der Hausärztin Dr. J.____ (vorstehend E. 4.2 und 4.7) kann diesbezüglich - wie auch hinsichtlich der psychiatrischen Diagnosen - aufgrund ihrer fehlenden fachärztlichen Qualifikation nicht abgestellt werden.

In psychiatrischer Hinsicht hat die Beschwerdegegnerin trotz im Vergleich zu 2017, als von voller Arbeitsfähigkeit ausgegangen wurde,

nun gutachterlich attestierter Arbeitsunfähigkeit von 60 % in der angestammten und von 80 % in angepassten Tätigkeiten nicht genügend begründet, weshalb dennoch keine anspruchrelevante Änderung eingetreten sein soll. Zudem wurde kein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt (vgl. vorstehend E. 1.6), was jedoch, da psychiatrische

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden und ein Revisionsgrund nach dem Gesagten ausgewiesen ist, zwingend

ist, auch wenn das Krankheitsgeschehen im Zusammenhang mit einer Suchtproblematik steht. Eine entsprechende Prüfung ist nicht in das Beschwerdeverfahren zu verschieben und es bleibt darauf hinzuweisen, dass auch ärztlicherseits substantiiert darzulegen ist, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen

(BGE 143 V 418 E. 6), was bis anhin unterblieb. Ebenso fehlt eine fundierte Auseinandersetzung mit den Berichten der behandelnden Therapeuten Dr. H.____ und lic. phil. I.____. 5.4

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]). Es ist nach dem Gesagten angezeigt, die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Ergänzung des medizinischen Sachverhalts den Rentenanspruch des Beschwerdeführers in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend prüfe und mit rechtsgenügender Begründung erneut

darüber entscheide. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6. 6.1

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. 800.-- anzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1, 137 V 57 E. 2.2). Folglich sind die Gerichtskosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Dem Verfahrensausgang entsprechend hat der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, die sich gemäss § 34 Abs. 1 GSVGer

nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 Abs. 3 GSVGer) bemisst. Als weitere Bemessungskriterien nennt § 7 der Gebührenverordnung des Sozialversicherungsgerichts (GebV

SVGer)

den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien und nach Einsicht in die von Rechtsanwältin Corinne Schoch eingereichten Honorarnoten vom 29. Februar 2024 (Urk. 14-15) und 30. Mai 2024 (Urk. 19-20) ist die Parteientschädigung auf Fr. 2'575.80 festzusetzen. 6.3

Bei diesem Verfahrensausgang erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 24. Oktober 2023 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu entscheide. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'575.80 (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Corinne Schoch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
FehrLienhard

E. 7

ATSG 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 tatsächlichen Arbeitsmarkt (Abs. 1). 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. 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. 9

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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