

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00160 vom 21. Januar 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-01-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00160

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00160 du 21 janvier 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00160 del 21 gennaio 2025

Erwägungen

E. 1

Der 1966 geborene X.____, von Beruf Postbeamter, war von März 2012 (80 %) bis Ende November 2019 als Briefträger bei der Y.____ AG angestellt (Urk. 7/13, Urk. 7/46/3). Am 17. November 2017 meldete er sich unter Hinweis auf mehrere 2011 und 2016 erlittene Herzinfarkte bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/5). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und beruflich-erwerbliche Abklärungen und zog einen Auszug aus dem Individuellen Konto (IK-Auszug vom 29. November 2017, Urk. 7/8) sowie die Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 7/17). Im April 2018 wurden die Bemühungen in Sachen Arbeitsplatzersatz abgeschlossen mit der Begründung, die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit betrage 80 % (vgl. Mitteilung vom 12. April 2018, Urk. 7/14). Ferner teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 18. Juli 2018 die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/22). Auf dessen Einwand hin (Urk. 7/23) tätigte die IV-Stelle weitere Abklärungen und stellte berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Mitteilung vom 6. Juni 2019 ein, da sich der Versicherte gesundheitsbedingt nicht in der Lage sah, daran teilzunehmen (Urk. 7/45). Ferner stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 23. Juni 2020, welchen den Vorbescheid vom 18. Juli 2018 ersetzte, in Aussicht, das Rentenbegehren abzuweisen (Urk. 7/62). Dagegen erhob der Versicherte wiederum Einwand, unter Beilage diverser medizinischer Berichte (Urk. 7/75, Urk. 7/63 ff.). Daraufhin tätigte die IV-Stelle abermals Abklärungen und teilte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 1. April 2022, welchen den Vorbescheid vom 23. Juni 2020 ersetzte, mit, dass er ab 1. Februar 2022 Anspruch auf eine Rente entsprechend eines 55%igen Invaliditätsgrades habe (Urk. 7/128). Auf dessen Einwand (Urk. 7/139) hin veranlasste die IV-Stelle das polydisziplinäre

(Allgemeine Innere Medizin/Orthopädie/Pneumologie/Psychiatrie und Psychotherapie/Kardiologie) Gutachten der Z.____ AG vom 11. Juli 2023 (Urk. 7/195/1-75). Gestützt darauf und nach Durchführung eines neuen Vorbescheidverfahrens (vgl. Vorbescheid vom 27. September 2023, welchen den Vorbescheid vom 1. April 2022 ersetzte, Urk. 7/209; Einwand vom 16. Oktober 2023, Urk. 7/215 ff.) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 21. Februar 2024 gestützt auf einen IV-Grad von 55 % rückwirkend ab dem 1. November 2019 eine halbe Rente 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 vorbehaltlich 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 vorliegend ein Rentenanspruch ab 1. November 2019 strittig ist, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden (BGE 148 V 174 E. 4.1).

E. 1.1.10

; 2017: 10 4 . 6 ; 2019: 10

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

). 5 .2

Was der Beschwerdeführer gegen das internistische Teilgutachten vorbringt, er weist sich als

unbehelflich; die pneumologischen und kardialen Leiden wurden in den pneumologischen resp. kardiologischen Teilgutachten fachärztlicherseits

untersucht und diagnostiziert. Alsdann hielt der begutachtende Pneumologe

– konkordant mit dem Bericht der behandelnden Ärzte des A. ___ vom 19. Dezember 2023 (Urk. 7/221) – eine chronisch obstruktive Pneumopathie mittelschweren Ausmasses fest, welche im Rahmen der interdisziplinären Arbeitsfähigkeitsbeurteilung berücksichtigt wurde. Mithin lässt sich nichts zum Vorteil des Beschwerdeführers ableiten, wenn die chronische Hyperventilation (ICD-10: R06.4), also Schnellatmigkeit, per se unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurde (vgl. Urk. 7/195/34). Insbesondere handelt es sich dabei

offensichtlich um eine

Folge des bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigten Lungenleidens. Weshalb und inwiefern sich der psychiatrische Gutachter damit hätte auseinandersetzen müssen, ist nicht einzu sehen und hat der Beschwerdeführer auch nicht begründet. Schliesslich hat sich RAD-Ärztin Dr. F.____ – entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers – einlässlich mit den einwandweise eingereichten Arztberichten auseinandergesetzt und nachvollziehbar begründet, weshalb sich daraus keine dauerhafte Verbesserung ergibt und weiterhin auf das Gutachten abgestellt werden kann. Die vom Beschwerdeführer nachträglich eingereichten Verlaufsberichte der behandelnden Pneumologen des A.____ datieren vom 25. April und 11. Dezember 2024 (Urk. 10, Urk. 13) und ergingen somit nach Erlass der angefochtenen Verfügung. Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids demgegenüber in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seit her verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b).

Im Übrigen wird in den genannten Verlaufsberichten unverändert ein COPD Stadium 2 diagnostiziert und im aktuellsten Verlaufsbericht vom 11. Dezember 2024 eine im Langzeitverlauf überwiegend stabile Lungenfunktion festgehalten (Urk. 10, Urk.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 6. März 2024 (Eingang) Beschwerde und beantragte, es sei ihm mit Wirkung ab dem 1. Dezember 2019 eine ganze Rente zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 29. April 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer am 2. Mai 2024 zur Kenntnis gebracht wurde. Zudem wurde ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt und dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Michael Ausfeld, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 8). Am 13. Mai 2024 resp. 9. Januar 2025 (Eingang) reichte der Beschwerdeführer die Berichte

der behandelnden Ärzte des Kantonsspitals A.____ vom 25. April 2024 resp. 11. Dezember 2024 nach (Urk. 9, Urk.

10, Urk. 12, Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, aufgrund ihrer medizinischen Abklärungen sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit seit Oktober 2017 zu 30 % und seit Januar 2019 zu 100 % arbeitsunfähig. Die durchschnittliche 40%ige Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres sei per Februar 2019 erfüllt. Zu diesem Zeitpunkt sei der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Aus dem Einkommensvergleich resultiere keine Erwerbseinbusse und damit auch kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Ab August 2019 sei in dem Sinne eine Verschlechterung eingetreten, als dass der Beschwerdeführer auch in einer angepassten Tätigkeit bei vollzeitlicher Präsenz nur noch zu 50 % arbeitsfähig gewesen sei. Aus dem Einkommensvergleich gestützt auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) 2018 ergebe sich ein

Invaliditätsgrad von 55 % und dementsprechend ab dem 1. November 2019 Anspruch auf eine halbe Rente (Urk. 2).

E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, die Ärztin des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) habe sich nicht mit den seit Erlass des Gutachtens neu ein gereichten Arztberichten befasst. Vielmehr sei sie blindlings den zweifelhaften gutachterlichen Ausführungen gefolgt. Zudem erwecke sie den Anschein der Befangenheit, indem sie die vom Beschwerdeführer gegen das Gutachten erhobene Kritik als «Anwurf» bezeichnet habe. Ausserdem halte sie daran fest, dass das Lungenemphysem nicht gesondert zu kodieren sei, obwohl entsprechende Kodierungen mit der Bezeichnung J43.—ff. vorhanden seien. Hätte sich die RAD-Ärztin mit dem Bericht des Kantonsspitals A.____ vom 19. Dezember 2023, worin eine ventilatorische Limitation mit nahezu aufgebrauchter Atemreserve festgehalten sei,

auseinandergesetzt, wäre sie nicht der blinden Verteidigung des pneumologischen Teilgutachtens verfallen. Ins gleiche Kapitel gehöre die Blindheit gegenüber dem allgemein-internistischen Teilgutachten. Darin werde doch tatsächlich eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert. Ein Internist befasse sich mit den Erkrankungen des Herzens und auch solchen der Lunge, was beim Beschwerdeführer in optima forma gegeben sei. Wenn der begutachtende Internist vorliegend keine Einschränkungen wahrnehme, hinterlasse dies erhebliche Zweifel an seiner objektiven Fähigkeit für eine seriöse Berufsausübung. Es komme also nicht von ungefähr, wenn verlangt werde, das vorliegende Gutachten der eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung zu melden. Es könne auch dem pneumologischen Gutachter nicht gefolgt werden, wenn er eine chronische Hyperventilation als nicht arbeitsrelevant taxiere. Zudem habe sich der psychiatrische Gutachter nicht mit der allseits festgestellten Hyperventilation befasst. Auch dies stelle einen schweren Mangel dar. Mithin könne auf das Gutachten der Z.____

ag nicht abgestellt werden. Ferner seien berufliche Massnahmen nicht unter dem Aspekt der später hinzugekommenen pneumologischen und kardiologischen Leiden geprüft worden. Dies entgegen dem Grundsatz «Eingliederung vor Rente». Ein Anspruch auf berufliche Massnahmen sei klarerweise zu bejahen, da die Selbsteingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers mit Blick auf sein Alter und Abwesenheit vom Arbeitsmarkt klar nicht gegeben sei. Schliesslich könne das Invalideneinkommen erst festgelegt werden, wenn feststehe, mit welchem Rendement welche Tätigkeiten zumutbar seien. Die Beschwerdegegnerin mache es sich zu einfach, wenn sie das Invaliden einkommen einfach halbiere und den Invaliditätsgrad auf dieser rein theoretischen Basis errechne. Zudem verletze sie Bundesrecht, wenn sie dem Beschwerdeführer einen Leidensabzug von lediglich 10 % gewähre. Ob letzterer überhaupt eine neue Stelle finden könne, sei es aufgrund seiner multiplen Beschwerden und/oder des vorgerückten Alters, sei zudem nicht berücksichtigt worden. Vorliegend sei nämlich davon auszugehen, dass die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit unrealistisch sei. So oder anders habe der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Rente (Urk. 1). 3.

3.1

Die angefochtene Verfügung vom 21. Februar 2024 (Urk. 2), welche den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zum Inhalt hat, bildet den

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens und stellt eine Sachurteils voraussetzung dar (BGE 125 V 413 E. 1a). 3.2

Soweit der Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren berufliche Eingliederungsmassnahmen verlangt (Urk. 1 S. 2), liegt sein Rechtsbegehren ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes und ist diesbezüglich auf die Beschwerde nicht einzutreten.

Es bleibt immerhin darauf hinzuweisen, dass die beruflichen Massnahmen - entgegen den beschwerdeweisen Vorbringen (vgl. Urk. 1 S. 5) nicht aus medizinischen, sondern aus subjektiven Gründen abgeschlossen wurden (vgl. Mitteilung vom 6. Juni 2019, Urk. 7/45; vgl. auch Protokoll der Eingliederungsmassnahmen, wonach sich der Beschwerdeführer für jegliche Tätigkeiten subjektiv als arbeitsunfähig betrachtete und keinerlei Motivation zeigte, eine an gepasste Stelle zu suchen/anzunehmen, vgl. Urk. 7/46/4, Urk. 7/15/4). 4.

4.1

Im polydisziplinären Gutachten der Z.____

ag

vom 1. Juli 2023 stellten die begutachtenden Fachärzte folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/195/8): - Verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule (ICD-10: M43.17 M43.20 M50.3 M54.5)

bei - deutlichen Funktionseinschränkungen der HWS nach Implantation von Cages HWK 5-7, Beschwerden oberhalb des OP-Gebietes bei Protraktion des Kopfes mit Überlastungsbeschwerden in der Muskulatur - deutlichen Funktionseinschränkungen lumbal bei Status nach Bandscheiben-OP in Höhe L2/3 und zweimaliger Spondylodese lumbosakral, - chronisch obstruktive Pneumopathie mittelschweren Ausmasses mit/bei - Kombination zwischen COPD und Asthma bronchiale (ICD-10: J44/J45) - positive m

Methacholintest mit einer mittelschweren bis schweren bronchialen Hyperreagibilität (November 2016) - Status nach Nikotinabusus mit ca. 30 j, anhaltender Cannabis konsum, - koronare Herzerkrankung mit Zustand nach akutem Myokardinfarkt und PTCA in die RCA am 17. Juni 2011 in Kambodscha (ICD-10: I25.9) - erneute Koronarangiographie Januar 2016 bei NSTEMI mit Intervention der RIVA und RCA - Koronarangiographie vom 03. November 2017 ohne Progression der bestehenden KHK - Koronarangiographie vom 23. August 2019 mit PTCA und Drug eluting-Implantation der mittleren RIVA und des 1. Diagonalastes, - ischämische Kardiomyopathie mit initial mittelgradig eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion und Verbesserung unter Herzinsuffizienz-Therapie auf zuletzt niedrig normal bis leichtgradig eingeschränkter LVEF und guter RVEF (ICD-10: I42.9)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie folgende Diagnosen fest (Urk. 7/195/8): - Zustand nach Korpusgastritis mit Mallory-Weiss-Läsion und anämischer oberer GI-Blutung unter Aspirin und Plavix am 06.

Oktober 2019 (ICD-10: K29.7), - Dyslipidämie (ICD-10: E78.9), - arterielle Hypertonie (ICD-10: I10.0), - leichtgradige Mitralinsuffizienz, leichtgradige Aortenklappeninsuffizienz (ICD-10: I34.9), - dilatierende Ektasie der Aorta ascendens

thoracalis

(ICD-10:

171.9) , - pAVK Stadium I beidseits mit Zustand nach PTA der Arteria femoralis

superficialis beidseits 2014 (ICD-10: I70.9) - PTA der distalen Arteria

femoralis rechts am 10. Juli 2020 bei Rezidivstenose - Fehlstatik der Wirbelsäule, Haltungsinsuffizienz, muskulärer Hartspann und verschmächtigte Rumpfmuskulatur (ICD-10: M43.19) , - beidseits deutlich verkürzte Ischiokruralmuskulatur ohne Dehnungsschmerzen (ICD-10: M67.19) , - chronische Hyperventilation (ICD-10: R06.4) , - mittelschweres Schlafapnoe-Syndrom, ED 12/2020 (ICD-10: G47.3) - AHI 27/h, DI 18.4/h, in Rückenlage AHI 55/h - unter erfolgreicher CPAP-Therapie, gute Compliance , - psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen (Opioide , ICD-10: F11.2) Der Beschwerdeführer sei in B.____ geboren und aufgewachsen. Nach der obligatorischen Grundschule habe er eine Lehre bei der Y.____ absolviert und sei alsdann über viele Jahre in der Postverteilung bei der C.____ beschäftigt gewesen . 2010 sei der Beschwerdeführer nach Kambodscha ausgewandert und nach acht Monaten aufgrund eines dort stattgehabten Herzinfarktes mit Koronarintervention in die Schweiz zurückgekehrt , wo er

bis 2017 [aus gesundheitlichen Gründen, vgl. Urk. 7/195/31, Urk. 7/195/38] in einem 80%-Pensum bei der Y.____ gearbeitet habe.

Seither sei er keiner Beschäftigung mehr nachgegangen. Die Krankheitsgeschichte habe mit kardialen Problemen begonnen , gefolgt von Atemproblemen und orthopädischen Beschwerden (Urk.

7/195/28).

Aus allgemein-internistischer Sicht sei

es am 7. Oktober 2019 infolge eines Mallory-Weiss-Risses

zu einer gastrointestinalen Blutung gekommen . Nach der

Spitalbehandlung (Gabe eines

Erythrozytenkonzentrates / Gastroskopie mit Blutstillung) sei der

Beschwerdeführer in stabiler Situation entlassen worden . Unter Einnahme eines Magenschutzpräparates (PPI) sei die Situation weiterhin stabil , ohne entsprechende klinische Symptomatik (Urk. 7/195/17). Zudem nehme

der Beschwerdeführer als Dauermedikation ASS Cardio 100mg (1-0-0), Entresto 50 mg (1-0-0) , Pantoprazol 40 mg (1-0-0) , Xarelto 2.5 mg (1-0-0) , Atozet 10/40 mg (0-0-1) , Procoralan 5 mg (1-0-0) , Rohypnol 1mg 0-0-0-1, Oxycodon 10 mg (1-0-1) , Alvesco 80 µ g sowie Spiriva 2.5 µ g

(2-0-0)

sowie bedarfsweise Betnovate , Mexalen 500mg, Elocem Creme, Novalgin , Nitrospray und eine

Ventolin Lösung ein (Urk.

7/195/14) . Anlässlich der klinischen Untersuchung notierte der begutachtende Internist weitestgehend unauffällige Befunde

und dementsprechend keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit

(Urk. 7/195/1 7 f.). Der orthopädische Gutachter hielt fest,

die chronische n Beschwerden der Wirbel säule hätten sich ü ber Jahre aufgebaut. Im April 2021 seien Cages implantiert worden auf Höhe 5- 7. Radiologisch zeige sich eine Anschlussdegeneration auf Höhe C4/ 5. Klinisch bestünden keine Beschwerden im Bereich der OP, vielmehr oberhalb im Sinne von Belastungsbeschwerden durch Protraktion des Kopfes. Die Beschwerden lumbal hätten ihren Anfang mit einem Bandscheibenvorfall in Höhe L2/3 und einer Listhese Grad I lumbosakral

genommen . Die erste OP sei im Januar 2019 erfolgt , gefolgt von einer mikrochirurgischen Dekompression L2 auf S1 im Juni 2021, kombiniert mit einer Re-Spondylodese lumbosakral. Radiologisch erg ebe sich der Anhalt auf eine deutliche Knochendichteminderung, ferner auf eine Seitverkrümmung im Sinne einer Skoliose bei degenerativen Veränderungen L3/4 und Status nach den erwähnten Operationen.

Subjektiv konzentrierten sich die Beschwerden auf die Glutealmuskulatur .

Insgesamt zeig e sich ein reduzierter Allgemeinzustand bei schlankem Habitus.

Ein nervenwurzelbezogenes , neuro logisches Defizit lieg e nicht vor. Der hochgewachsene Habitus habe einen n egativen Einfluss auf die Beschwerden der Wirbelsäule (Urk. 7 /195/27).

Zur Behandlung der orthopädischen Beschwerden brauche es gewisse Voraus setzungen von kardialer Seite sowie eine körperliche Belastbarkeit. Der Beschwerdeführer bemühe sich um regelmässige Spaziergänge. Die Teilnahme an einer Bewegungsgruppe sei infolge der Atembeschwerden jedoch nicht möglich; aktuell erfolgten keine spezifischen Therapiemassnahmen. Aus orthopädischer Sicht sei dem Beschwerdeführer

seine angestammte Tätigkeit nicht mehr zuzu muten. Hinsichtlich einer körperlich leichten, vorzugsweise wechselbelastenden Tätigkeit bestehe seit Beginn der lumbalen Beschwerden im Jahre 2019 eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von

30 %

bei erhöhtem Pa u senbedarf (Urk. 7/195/28).

Der begutachtende

P neumolog e hielt ein Mischbild aus Asthma bronchiale und CO P D mit einer mittelschweren obstruktiven Ventilationsstörung fest , welche s sich in den letzten Jahren gemäss Lungenfunktionsprotokoll vom Kantonsspital A.____ kontinuierlich verschlechtert habe. Der Beschwerdeführer habe auch subjektiv berichtet, dass es ihm respiratorisch immer schlechter gehe. 2016 habe das FEV1 maximal 91 % und im März 2023 minimal 47 % betragen. Die chronisch obstruktive Pneumopathie sei sicherlich progredient , es bestehe jedoch eine deutliche Variabilität. Das aktuelle FEV1 lege mit einem Wert von 2.87 Liter (66

%) deutlich über den Werten vom März 202 3. Die Compliance betreffend Inhalationstherapie sei nicht optimal .

Z eitweise habe der Beschwerdeführer die Inhalationen gestoppt, da er der Ansicht sei, dass die inhalativen Medikamente ihm nicht guttun würden. Im Weiteren zeige sich eine ausgeprägte Hyper ventilation, diesbezüglich bestehe eine Atemtherapie. Das Hauptsymptom des Beschwerdeführers sei eine Anstrengungsdyspnoe.

Im Dezember 2020 sei zudem eine mittelschwere Schlafapnoe diagnostiziert worden , welche mittels CPAP

je doch erfolgreich therapiert werde . Der Beschwerdeführer habe den Nikotin konsumiert. Er konsumiere jedoch schon zeitlebens Cannabis; aktuell 4-5 Joints pro Tag (Urk. 7/195/30, Urk. 7/195/33 f.). Aus pneumologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten , körperlich sehr anstrengenden und mit hohem Zeitdruck verbundenen Tätigkeit als Briefträger seit anfangs 2020 nicht mehr arbeitsfähig. In einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit sei von einer 40%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 7/195/35).

Der psychiatrische Gutachter hielt eine iatrogen bedingte Opiatabhängigkeit im Rahmen der Schmerzbehandlung seit 2019 mit Palexia, Fentanyl -Pflaster und Oxycodon fest . Arbeitsrelevante psychiatrische Diagnosen bestünden nicht . Der Beschwerdeführer , bei welchem es sich um eine durchaus differenzierte Persönlichkeit handle, sei bis dato auch nie in psychiatrischer Behandlung gewesen (Urk. 7/195/37, Urk. 7/195/41 f.).

In kardiologischer Hinsicht

sei es am 17. Juni 2011 in Kambodscha zu einem

akuten Myokardinfarkt mit kardiologischer Intervention in Phnom Penh

gekommen . Daraufhin sei der Beschwerdeführer in die Schweiz zurückgekehrt , wo regelmässige kardiologische Kontrollen stattgefunden hätten . Im Januar 2016 sei erneut eine Koronarangiographie bei einer 60%igen Stenose im Bereich der medialen RIVA durchgeführt und retrospektiv eine ischämische Kardiomyopathie diagnostiziert worden. Die initial mittelgradig eingeschränkte linksventrikuläre Pumpfunktion mit 35 %

habe sich im Verlauf gebessert. 2016 sei es bei der Arbeit zu einem zweiten Herzinfarkt mit ebenfalls erfolgreich er

Intervention gekommen . Die im November 2017 durchgeführte Koronarangiographie habe keine weitere Progression der bestehenden koronaren Herzerkrankung gezeigt. Aufgrund von aufgetretenen Beschwerden sei es im August 2019 nochmals zu einer Koronarintervention gekommen mit erneutem Stentimplantat . Ferner sei 2014 eine peripher-arterielle Verschlusskrankung in den Beinen beidseits diagnostiziert worden . Die PTA der Femoralis

superficialis

sei erfolgreich gewesen . 2020 sei es bei einer Rezidivstenose am rechten Bein erneut zu einer Intervention mit positivem Ergebnis gekommen .

Aktuell berichte der Beschwerdeführer eine Gehstrecke von 5-7 km, womit eine klinisch signifikante pAVK derzeit nicht nachgewiesen werden könne. Die vom Beschwerdeführer berichtete Dyspnoe auch in Ruhe sei während der Untersuchung nur teilweise fassbar gewesen. Das Sprechen sei immer wieder auch ohne relevante Atemprobleme möglich. Soweit das Thema auf die Atemnot gelenkt werde, trete zu gleich die subjektive Atemnot auf. Beim Aufstehen, An- und Auskleiden, auch Vorbeugen in der Untersuchungssituation habe sich keine vermehrte Dyspnoe-Symptomatik gezeigt .

Mithin könne die geschilderte Dyspnoe infolge Inkonsistenz nicht nachvollzogen werden . Der

Beschwerdeführer präsentier e

sich auch

kardi al

absolut kompensiert. Insbesondere zeigten sich keine Beinödeme oder Hinweis e auf Pleuraergüsse ; bei

der Echokardiographie vom Januar 2023 habe sich zudem eine gute links- und rechtsventrikuläre Pumpfunktion ergeben . Die nur minimale MI und AI hätten hier ebenfalls keinen Einfluss (Urk. 7/195/48

ff.). Aus kardiologischer Sicht sei der Beschwerdeführer als Postzusteller seit August 2019 zu 100 % arbeitsunfähig. Hinsichtlich einer körperlich leichten Tätigkeit mit Lastenheben nicht über 10 kg, ohne Nach t schichten und ohne Tätigkeiten mit emotional starker Belastung bestehe seither eine 70%ige Arbeits fähigkeit , d ies infolge des erhöhten Pausenbedarfs (Urk. 7/195/51).

Im Übrigen seien die vorhandenen Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen aus kardiologischer Sicht nachvollziehbar (Urk. 7/195/49).

Im Rahmen der interdisziplinären Konsensberatung kamen die begutachten den Fachärzte zum Schluss, infolge der Abnützungen am Bewegungsapparat, der kardialen Situation sowie pneumologischen Einschränkungen könne der Beschwerdeführer seiner angestammten Tätigkeit als Postzusteller nicht mehr nachgehen . Dies gelte spätestens seit August 2019 (Verschlechterung der kardialen Situation). Hinsichtlich einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten, mit ergonomischen Anpassungen bei stehenden und sitzenden Tätigkeiten, mit Lastenheben bis maximal 10 kg, ohne Nach t schicht und ohne emotional starke Belastungen bestehe – ebenfalls seit August 2019 - jedoch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/195/9).

4.2

Die behandelnden Pneumologen des A.____

hielten im Bericht vom 19. Dezember 2023 eine Koexistenz von COPD (Gold 2 , Risikoklasse 2) und Asthma bronchiale mit einer mittelschweren obstruktiven Ventilationsstörung und Diffusions kapazität , mittelschwere, positionsabhängig schwere, gemischte obstruktive und zentrale Schlafapnoe (ED 12/2020) sowie funktionelle Hyperventilation, ohne Gasaustauschstörung fest . Es bestehe eine progrediente Leistungsminderung und Dyspnoe seit Beginn des Jahres, aggraviert seit Sommer dieses Jahres. Haus ärztlicherseits sei zur symptomatischen Therapie eine Langzeitsauerstofftherapie verordnet worden. Zusätzlich bestehe eine inhalative Dauertherapie mit Alvesco und Spiriva. Lungenfunktionell hätten sich in den Untersuchungen vom Juni, August und Oktober 2023 variable Atemwegsobstruktionen gezeigt. Zuletzt habe sich unter gesteigerter Alvesco Dosis ein Anstieg der FEV1 von 45 % Soll auf 65 % Soll nachweisen lassen. Da bereits im Vorfeld verschiedene inhalative Devices ausprobiert worden seien und der Beschwerdeführer unter der genannten inhalativen Therapie derzeit eine verbesserte Lungenfunktion zeige, sei damit fortzufahren. Die Diffusion sei schwer eingeschränkt, d er aktuelle Kohlen monoxid-Transferfaktor (DLCO) betrage 40 % Soll. In der Blutgasanalyse zeige sich eine respiratorische Insuffizienz Typ I mit variablen Sauerstoffwerten. Die ergänzend durchgeführte

Computertomographie habe stationäre Bronchialwand verdickungen und ein stationäres Lungenemphysem mit stationärer Bulla links gezeigt . Alsdann sei ein 6-Minuten-Gehtest durchgeführt worden, ohne Sauerstoffabgabe. Der Beschwerdeführer habe 350 m geschafft , was einer mittel schweren Einschränkung entspreche. Die

anlässlich der am 30. November 2023 durchgeführten Spiroergometrie zeige Hyperventilation mit nahezu aufgebrauchter Atemreserve bei Treten ohne Last passe zum deutlichen Emphysem aspekt . Insgesamt habe der Beschwerdeführer nur 39 W, entsprechend 80 % des altersspezifischen Solls erreicht. Die kardiovaskuläre Fitness entspreche beim VO₂-Peak von 9 ml/min/kg 31 % des altersspezifischen Solls. Beim fehlenden Nachweis einer Gasaustausch störung ergebe sich keine Indikation für eine Langzeitsauerstofftherapie; das stationäre und mobile Sauerstoff versorgungsgerät werde gemäss Besprechung mit dem Beschwerdeführer an die D.____ retourniert . Bei den regelhaften Konsultationen bestehe über wiegend ein stabiler Allgemeinzustand, wenngleich die Leistungsfähigkeit im Alltag deutlich reduziert sei. Der Beschwerdeführer sei sehr aktiv und gehe täglich mit seinem Hund spazieren. Anamnestisch habe er das Rauchen aufgegeben, je doch konsumiere er weiterhin 4-6 Joints pro Tag (Urk.

7/221/1 -4). 4.3

Im Sinne einer Reevaluation der kardialen Gesamtsituation bei bekannter KHK und ischämischer Kardiomyopathie hielt Dr. med. E.____ , Facharzt FMH für Kardiologie, im Bericht vom 9. November 2023 fest, der Beschwerdeführer sei in kardialer Hinsicht beschwerdefrei. Es bestehe jedoch die bekannte Dyspnoe bei überwiegend pulmonaler Genese. Typische Angina- pectoris -Symptome habe er komplett verneint. Auch sei es nie zu kardialen Dekompensationen gekommen. In der durchgeführten transthorakalen Echokardiografie habe sich keine Befund veränderung gezeigt. Es bestehe weiterhin eine leicht- bis beginnend mittelgradig eingeschränkte LVEF mit 45-46 % und es hätten sich auch weiterhin keine Hinweise für eine pulmonal arterielle Hypertonie ergeben (Urk. 7/223). 4.4

RAD-Ärztin Dr. med. F.____ , Fachärztin FMH für Innere Medizin , hielt mit Stellungnahme vom 17. Januar 2024 fest, laut Bericht des A.____ vom 19.

Dezember 2023 (vgl. E. 4.2) best ünden weiterhin eine mittelschwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit maximal einer Exazerbation im Jahr ohne Klinikaufenthalt (Risikoklasse 2) sowie das bekannte apikal betonte Lungenemphysem. Der Beschwerdeführer konsumiere weiterhin 4-6 Joints am Tag. Da s CT habe unveränderte Befunde und der

Gehtest

eine mittelschwere Einschränkung gezeigt. Alsdann habe die Spiroergometrie keine Gasaustausch störung und unter Anpassung der Therapie habe sich zuletzt eine verbesserte Lungenfunktion

ergeben . Aufgrund dieser Befunde habe sich keine Indikation für eine Langzeitsauerstofftherapie ergeben und der Beschwerdeführer werde das Gerät retournieren. Die kardiologische Abklärung habe sowohl subjektiv als auch objektiv unveränderte Befunde ergeben. Mithin ergebe sich seit der Begutachtung keine dauerhafte Verschlechterung. Es sei weiterhin auf die beweistauglichen, gutachterlichen Feststellungen abzustellen (Urk.

7/225/3

f.). 5 . 5 .1

Das polydisziplinäre Gutachten der Z.____

ag

vom 1. Juli 2023 erging in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten, den geklagten Beschwerden sowie gestützt auf die klinischen Untersuchungen vom 23. und 24. Mai 2023. Die begutachtenden Fachärzte haben ihre Diagnosen und Schlussfolgerungen ausführlich und differenziert begründet; Diskrepanzen zu den Beurteilungen in den Vorakten ergaben sich nicht. Das Gutachten genügt den an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage gestellten Anforderungen (vgl. E.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.0

) resultiert ein Jahressalär 2019 von rund Fr. 67'609.--.

E. 6.1

Die Parteien gehen übereinstimmend von einem Rentenanspruch ab 1. November 2019 aus (Urk. 1, Urk. 2), woraus sich kein Anlass zur gerichtlichen Korrektur ergibt.

E. 6.2

.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 6.2.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fort gesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (vgl. BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1; vgl. auch Art. 26 Abs. 1

IVV).

Da das zuletzt innegehabte Arbeitsverhältnis des Beschwerdeführers seitens der Arbeitgeberin infolge längerer Krankheit aufgelöst wurde (Urk. 7/46/3) und da von auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer diese Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt hätte, ist zur Ermittlung des Valideneinkommens auf den bei erzieltem Lohn abzustellen. Nach Angaben der Arbeitgeberin hätte der Beschwerdeführer für ein 100%-Pensum im Jahre 2017 ein Jahreseinkommen von Fr. 66'716.-- erzielt (Urk. 7/13/5). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Männer (vgl. Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Landesindex der Konsumentenpreise, Nominallohnindex, Männer, 2011-2023, T

E. 6.2.3

Da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht ausgeschöpft hat, ist das Invalideneinkommen zusammen mit der Beschwerdegegnerin auf Basis der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) zu ermitteln (vgl. BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Mit Blick auf das medizinische Belastungsprofil ist vom Tabellenlohn in Höhe von Fr. 5'317.-- (LSE 2018 [Neu berechnung 29. Mai 2024], Tabelle TA1, TOTAL, Männer, Kompetenzniveau 1) auszugehen. Entgegen dem Beschwerdeführer sind an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis; vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_293/2016 vom 11. Juli 2017 E. 4.2 mit Hinweisen). Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit im Jahr 20

E. 6.3

Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen

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. 8.3

Rechtsanwalt Michael Ausfeld

ist beim gerichtsüblichen Ansatz von Fr. 220.-/Stunde ermessensweise (§ 7 Abs. 2 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV

SVGer]) mit Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 6. März 2024 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihm Rechtsanwalt Michael Ausfeld, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 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.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Michael Ausfeld, Zürich, wird mit Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Ausfeld - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie resp. des Doppels von Urk. 9, Urk. 10, Urk. 12, Urk. 13 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
HurstHediger

E. 13

S. 3). Eine chronische Hyperventilation und ein

anhaltender Cannabiskonsum wurde bereits im Gutachten 11. Juli 2023 festgehalten.

Dass es in Anbetracht des Lungenleidens für den Beschwerdeführer vorteilhaft sein dürfte, den Cannabiskonsum zumindest zu reduzieren, erscheint offensichtlich. Aus dem Umstand, dass die behandelnden Pneumologen im Dezember 2024 hierfür eine Unterstützung durch die Suchthilfe initiierten, lässt sich – entgegen dem Beschwerdeführer (Urk. 12) – nichts zu seinem Vorteil ableiten. Insbesondere wurden die Folgen des Cannabiskonsums resp. Suchtgeschehens, nämlich die Lungenpathologie, im Rahmen der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung bereits berücksichtigt. 5.3

Zusammenfassend ist aufgrund des beweistauglichen Gutachtens der Z.____

am 11. Juli 2024 erstellt, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Postzusteller seit August 2019 (Verschlechterung der kardialen Situation) nicht mehr zuzumuten, er hinsichtlich einer – näher umschriebenen – Verweistätigkeit jedoch zu 50% arbeitsfähig war (Urk. 7/195/9, vgl. hievore E. 4.1).

Im Übrigen taxierte der begutachtende Kardiologe die aktenanamnestischen Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen als nachvollziehbar (Urk. 7/195/49 ; vgl. auch Urk. 7/195/52). 6.

E. 18

von 41.7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche, 2004-2023, A-S 01-96), der Nominallohnentwicklung bis ins massgebliche Jahr 2019 sowie von der Beschwerdegegnerin gewährten und vom Beschwerdeführer - nicht substantiiert - monierten Abzugs von 10 %

resultiert ein Invalideneinkommen

E. 20

19

resultiert eine Differenz von rund Fr. 37'421.--, entsprechend einer IV-Gradstufe von 55.35 %, gerundet 55 %. Mithin ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab 1. November 2019 eine halbe Rente zugesprochen hat. 7.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. 8.8.1

Der Beschwerdeführer bezieht Sozialhilfe (Urk. 3/4). Da auch die übrigen Voraussetzungen gemäss § 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gegeben sind, ist seinem Gesuch vom 6. März 2024 zu entsprechen und ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren sowie in der Person von Rechtsanwalt Michael Ausfeld

ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen. Der Beschwerdeführer ist so dann auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der ihm erlassenen Gerichtskosten sowie der Auslagen für die unentgeltliche Rechtsvertretung verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. 8.2

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

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