

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00264 vom 27. November 2024**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-11-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00264](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00264)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00264 du 27 novembre 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00264 del 27 novembre 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 im April 2017 (Urk. 7/15) anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Oktober 2017 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**

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**

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. 1.4**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sog. Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.). 1. 5

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 1.6**

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. Mai 2024 Beschwerde gegen die Verfügung vom 21. März 2024 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, insbesondere sei ihm ab dem 1. Oktober 201

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) wie folgt: Sie stütze sich bei der Entscheidung grösstenteils auf das polydisziplinäre Gutachten, könne aber gewissen Punkten aus dem Gutachten nicht folgen (S. 1 unten). Die im psychiatrischen Gutachten attestierte 20%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Dysthymie könne aus Sicht des RAD nicht angerechnet werden. Auch der Verlauf der Arbeitsfähigkeit weiche von den Unterlagen ab. Es bestehe vielmehr seit Juni 2020 eine zunehmende Arbeitsfähigkeit. Deshalb lasse sich keine Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nachvollziehen. Der

Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als Schuhmacher voll umfänglich arbeitsfähig. Da nicht von einer langandauernden oder dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, bestehe kein Rentenanspruch (S. 2).

Auch nach Rückfrage bei der Z. \_\_\_ AG halte sie an dieser Einschätzung fest. Die Arbeitsunfähigkeit werde durch die Dysthymie verursacht, welche gut behandelbar sei. Weitere Diagnosen lägen nicht vor. Eine erneute Begutachtung sei nicht angezeigt; der RAD habe den Sachverhalt beurteilen können. Die Frage nach der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit und des Anspruchs auf berufliche Massnahmen entfalle (S. 2). Daran hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerde Antwort fest (Urk. 6).

### **E. 2.2**

Dem hielt der Beschwerdeführer im Wesentlichen entgegen (Urk. 1), gemäss Gutachten komme der diagnostizierten Dysthymie ressourcenhemmende Wirkung zu, was im Gutachten auch so begründet werde (S. 8 f. Ziff. 14.1). Die RAD-Psychiaterin habe eine juristische Beurteilung vorgenommen, was nicht ihre Aufgabe sei, und sie habe sich nicht genügend mit den gutachterlichen Ausführungen auseinandergesetzt (S. 9). Die RAD-Psychiaterin erläutere in ihrer Beurteilung nicht, weshalb ihrer Meinung nach gestützt auf die echtzeitliche Aktenlage keine durchgehende Arbeitsunfähigkeit von 50 % aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung im mittelgradigen Ausmass vorgelegen habe (S. 13 Ziff. 16.5). Zudem habe sie bemängelt, dass die Gutachter nicht auf Diskrepanzen eingegangen seien und trotz des Auftrags keine Laborkontrolle durchgeführt hätten, weshalb nicht vollständig auf das Gutachten abgestellt werden könne. Dies bedeute allerdings im Umkehrschluss, dass aus Sicht des RAD weiter Abklärungsbedarf bestehe, da auf das psychiatrische Gutachten in medizinischer Hinsicht nicht abgestellt werden könne. Indem die Beschwerdegegnerin diese Abklärungen nicht durchgeführt und einfach eine Leistungsablehnung vorgenommen habe, habe sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt (S. 13 f. Ziff. 17). Weiter überzeuge nicht, dass gemäss Beurteilung des orthopädischen Gutachters das chronische zerviko-, thorako- und lumbovertbrale Schmerzsyndrom keinen Einfluss auf die Tätigkeit als Schuhmacher haben solle. Gleiches gelte für die Schwindelsymptomatik, da für diese Tätigkeit ein geschicktes Hantieren mit Werkzeugen und Maschinen vorausgesetzt sei (S. 14 Ziff. 18). Auch habe die Beschwerdegegnerin keine Eingliederungsbemühungen getätigt (S. 14 f. Ziff. 19). Zudem habe das Zumutbarkeitsprofil erst im November 2023 fest gestanden. Zu diesem Zeitpunkt sei er 64 Jahre und 10 Monate alt gewesen, womit er eine allenfalls verbleibende Restarbeitsfähigkeit nicht mehr hätte verwerten können. Dies gelte auch, wenn man auf das Datum der RAD-Beurteilung vom 11. April 2023 abstellen würde, wäre er doch zu diesem Zeitpunkt ebenfalls bereits 64 Jahre und 3 Monate alt gewesen (S. 16 Ziff. 23). Damit habe er Anspruch auf eine ganze Rente ab Oktober 2017 (S. 18 Ziff. 27). Selbst bei Abstellen auf das polydisziplinäre Gutachten habe er ab Oktober 2017 Anspruch auf mindestens eine halbe Rente, da ein Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 20 % zu gewähren wäre (S. 18 Ziff. 28).

### **E. 2.3**

Streitgegenstand ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

Strittig und zu prüfen ist dabei, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verhält und ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen invalidisierenden Gesundheitsschaden verneint hat. Aufgrund des Umstands, dass der am 24. Januar 1959

(vgl. Urk. 7/7/15 Ziff. 1.3) geborene Beschwerdeführer im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 21. März 2024 das 65. Lebensjahr erreicht hatte und damit aus dem Erwerbsleben ausgeschieden war, entfällt die Prüfung eines Anspruchs auf berufliche Massnahmen. Solche wurden in der Beschwerdeschrift auch nicht substantiiert beantragt. 3.

### 3.1

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Fachpsychologin B.\_\_\_\_ führten im Bericht vom 13. Dezember 2017 (Urk. 7/38) aus, sie würden den Beschwerdeführer seit Oktober 2012 in unregelmässigen Abständen behandeln, und nannten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), differentialdiagnostisch eine Dysthymie (ICD-10 F34.1), sowie einen attackenartigen Drehschwindel (Ziff. 1.1-1.2).

Der Beschwerdeführer lebe sozial zurückgezogen und habe bis auf seine Familie wenig Kontakt. Zur Prognose hielten sie fest, der Beschwerdeführer leide seit Jahren an einer chronifizierten depressiven Störung. Aufgrund seiner Selbständigkeit sei es ihm bisher möglich gewesen, mit ständig kleiner werdendem Pensum seiner Arbeits-tätigkeit als Schuhmacher nachzukommen. Die zunehmend schwieriger werdende ökonomische Situation habe ihn gezwungen, das Geschäft aufzugeben. Aufgrund des Gesundheitszustandes, des Alters und der bisherigen Bildung und der beruflichen Laufbahn werde es dem Beschwerdeführer kaum mehr möglich sein, auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuss zu fassen (Ziff. 1.4). Er sei in seiner Alltagsplanung, der Durchhaltetätigkeit und in seiner Flexibilität eingeschränkt und wenig belastbar. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar und es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. In welchem Umfang eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich sei, könne im jetzigen Zeitpunkt nicht beantwortet werden (Ziff. 1.5-7).

### 3.2

Dipl.-med.

C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Prävention und Public Health, RAD, führte in der Stellungnahme vom 5. Januar 2018 (Urk. 7/55/3) aus, der Gesundheitszustand des knapp 59-jährigen Beschwerdeführers sei als instabil anzusehen. Bisher seien noch nicht alle Therapieoptionen ausgeschöpft worden. Der behandelnde Psychiater habe festgestellt, dass eine stationäre Behandlung des psychischen Leidens vorgesehen gewesen sei, der Beschwerdeführer sich dieser aufgrund der beruflichen Verpflichtungen bisher aber entzogen habe. Es würden daher eine abwartende Haltung und eine Therapieausweitung empfohlen. 3.3

Im Zusammenhang mit der auferlegten Schadenminderungsmassnahme legten Dr. A.\_\_\_\_ sowie Fachpsychologin B.\_\_\_\_ am 7. März 2018 einen Behandlungsplan vor, welcher eine Intensivierung der Psychotherapie, einen stationären Aufenthalt sowie eine Anpassung der Pharmakotherapie beinhaltete (Urk. 7/43). 3.4

Die Ärzte der Y.\_\_\_\_ AG berichteten am 29. Juni 2018 (Urk. 7/46/4-7) über die vom 2. Mai bis 19. Juni 2018 erfolgte stationäre Behandlung und nannten als psychiatrische Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) im Sinne einer Double Depression bei anamnestic vorbekannter Dysthymia. Als somatische Diagnosen nannten sie einen Tinnitus aurium, eine Störung der

Vestibulärfunktion sowie eine Reizblase (S. 1). Bei Eintritt habe sich der Beschwerdeführer niederge schlagen und ratlos präsentiert, habe über Schuldgefühle gegenüber der verstorbenen Partnerin, Insuffizienzgefühle und Zukunftsängste berichtet. Weiter habe er von Suizidgedanken und -phantasien erzählt, habe sich jedoch glaubhaft absprachefähig gezeigt (S. 1). Es bestünden gute Kontakte mit den Kindern und zur Ex-Ehefrau. Es bestehe ein sozialer Rückzug. Als Hobbies gebe der Beschwerdeführer Lesen, Spazieren und Fussball sowie Beschäftigung mit Religion und Glauben an. Mit den zwei älteren Brüdern in Italien bestehe ebenfalls ein guter Kontakt (S. 2).

Bei Persistenz der Suizidgedanken sei die Medikation mit deutlicher Besserung der Symptomatik umgestellt worden. Schwerpunktthema der Therapie sei die andauernde Trauer über die verstorbene Partnerin und die Isolation und Einsamkeit gewesen. Der Beschwerdeführer sei in deutlich gebessertem Zustand hinsichtlich des depressiven Syndroms sowie bei fehlenden Hinweisen auf akute Selbst- und Fremdgefährdung in die häusliche Umgebung entlassen worden (S. 3). 3.5

Im Bericht vom 29. Oktober 2018 (Urk. 7 /46/1-3 )

hielten Dr. A.\_\_\_\_ und Fachpsychologin B.\_\_\_\_

bei der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) , und Dysthymie (ICD-10 F34.1) einen verbesserten Gesundheitszustand, jedoch eine um 80 % verminderte Leistungsfähigkeit fest ( Ziff. 1.1 und 2.2). Eine angepasste Tätigkeit umfasse leichte handwerkliche Tätigkeiten in einem artverwandten Bereich mit reduzierter Stressbelastung ( Ziff. 2.1). Der Beschwerdeführer sei zugänglicher und hoffnungsvoller geworden, was seinen gesundheitlichen Zustand anbelange. Es sei für ihn sehr wichtig, sich selbstwirksamer zu erleben. Es bestehe weiterhin eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, was das Belastungsniveau deutlich senke. Mit dem Klinikaufenthalt fühle sich der Beschwerdeführer 10-20 % besser, dies auch bedingt durch die neue Medikation (Ziff. 3.1). Ein Arbeitsversuch mit zu Beginn zwei Stunden pro Tag mit langsamer Steigerung sei zumutbar. Eine weitere Verbesserung der psychischen Befindlichkeit durch positive Selbstwirksamkeitserfahrungen sei dadurch wünschenswert (Ziff. 3.3). Durch die weitere psychotherapeutische Begleitung sowie die Atemtherapie könne die Arbeitsfähigkeit verbessert werden (Ziff. 4.1). 3.6

Dipl.-med.

C.\_\_\_\_ hielt in einer weiteren Stellungnahme vom 6. Dezember 2018 (Urk. 7 /55/5) fest, den Angaben des behandelnden Arztes zufolge habe sich der Gesundheitszustand stabilisiert. Aus dessen Sicht könne ein Arbeitsversuch, beginnend mit zwei Stunden pro Tag begonnen werden. Dabei sollte es sich um eine leichte handwerkliche Tätigkeit mit reduzierter Stressbelastung (Lärm, Körperhaltung, Kundenkontakt) handeln. Der Therapeut erwarte hierdurch eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes durch positive Selbstwirksamkeit. Nach wie vor liege eine mittelgradige depressive Episode einer rezidivierenden depressiven Störung vor. Ein Klinikaufenthalt sei erfolgt und dieser habe den Gesundheitszustand um 10-20 % verbessern können. Die auferlegte Schadenminderungspflicht sei erfüllt worden. Infolge des verbesserten Gesundheitszustands bestehe hohes Eingliederungspotential. Es werde daher empfohlen, die entsprechenden Schritte in die Wege zu leiten. 3.7

Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 18. März 2019 (Urk. 7 /55/6-7) aus, die medizinische Sachlage sei nicht vollständig nachvollziehbar. Aufgrund der nicht klar nachvollziehbaren psychiatrischen und somatischen Diagnosen, die fach fremd miteinbezogen worden seien und von denen keine Unterlagen vorliegen würden, und des

Einbezugs von krankheitsfremden Faktoren bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der Prognose müsse zuerst die Aktenlage vervollständigt werden. Danach sei eventuell eine Begutachtung (Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie) einzuleiten. 3.8

Im Bericht vom 2. Juli 2019 (Urk. 7 /51)

hielten Dr. A.\_\_\_\_ und Fachpsychologin B.\_\_\_\_

bei unveränderter Diagnose ( Ziff. 1.1) eine moderat verbesserte Befundlage fest. Der Beschwerdeführer sei affektiv dysthym, niedergeschlagen, deprimiert, zeitweise kraftlos und müde trotz genügend Schlaf und antriebsvermindert und schildere immer wieder Gefühle der Hoffnungs- und Perspektivenlosigkeit. Er leide unter Existenzängsten ( Ziff. 1.3).

Die Leistungsfähigkeit sei weiterhin im Umfang von 60 % vermindert ( Ziff. 2.2). Der Beschwerdeführer sei vermindert belastbar. Am besten wäre eine gleichwertige Tätigkeit im Anstellungsverhältnis zu höchstens 40 % ( Ziff. 2.1). Die Prognose sei ungünstig. Mit Psychotherapie und Psychopharmakotherapie sei es bisher mehr oder weniger gelungen, ein psychisches Gleichgewicht und die Alltagsbewältigung zu gewährleisten. Ein Belastbarkeitstraining mit zu Beginn zwei Stunden pro Tag langsam aufbauend sei möglich ( Ziff. 4.1-4.2). 3.9

Dr. med. E.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 23. Oktober 2019 (Urk. 7 /54) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit August 1996 (Ziff. 1.1), und nannte als Diagnose eine langsam progrediente Depression mit Schwindel. Aktuell bestehe eine mittelschwere Depression (Ziff. 2.1-4). Die Prognose sei schlecht (Ziff. 2.7) und es bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr (Ziff. 4.1-4). 3.10

Dr. D.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 21. Januar 2020 (Urk. 7 /55/8-9) fest, eine Dysthymie könne nicht zusammen mit einer gegenwärtig mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert werden. Aufgrund des psychopathologischen Befundes, der keine mittelgradige depressive Symptomatik erkennen lasse, müsse von einer Dysthymie ausgegangen werden, allenfalls von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei Tod der Partnerin, Aufgabe des eigenen Geschäfts, finanziellen Problemen und Existenzängsten. In diesem Sinne müsste eigentlich auch eine volle Arbeitsfähigkeit möglich sein. Wegen der längeren Krankschreibung sollten allfällige berufliche Massnahmen mit einem 50 %-Pensum begonnen werden. Bezüglich der häufigen Müdigkeit trotz genügend Schlaf müsse eruiert werden, ob der Beschwerdeführer erneut Benzodiazepine einnehme. Gravierende Einschränkungen in Bezug auf die bisherige Tätigkeit seien keine ersichtlich. Dokumentiert sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. Januar 2017 sowie eine Verbesserung ab dem 20. Juni 2019. Aus Sicht des RAD sei eine derart lang anhaltende, volle Arbeitsunfähigkeit nicht nachzuvollziehen. Eine Dysthymie sei grundsätzlich nicht arbeitsrelevant, eine Anpassungsstörung könne eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit begründen, jedoch per Definition keine dauerhafte. Ein lang anhaltender/dauerhafter

Gesundheits schaden sei nicht ausgewiesen. 3.11

Psychotherapeutin B.\_\_\_\_

nahm

im - im vorgängigen Gerichtsverfahren aufgeleg ten - Bericht vom 8. September 2020 (Urk. 7/66/22-25 ) zum Verlauf der Behand lung und des gesundheitlichen Zustandes des Versicherten Stellung. Sie diagnos tizierte eine chronifizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2 ; S. 1 ). Dazu hielt sie fest, es zeige sich beim Beschwerdeführer eine stark getrübe, grüblerische Grund stimmung, Hemmung im Antrieb, Einengung im Denken sowie ein genereller Interesse- und Initiativverlust. Er sei zurzeit entscheidungsunfähig, habe Angst vor Diskriminierung und Bewertung und fühle sich hoffnungslos im Hinblick auf seine Zukunft. Er sei oft innerlich unruhig und aufgewühlt . Es bestehe eine dauerhafte Müdigkeit, trotz eher zu viel Schlaf. Das Zustandsbild habe sich seit dem letzten Bericht vom Juli 2019 verschlechtert. Als Ursache würden Perspektivenlosigkeit, Zukunftsängste und Abhängigkeiten geschildert. Er schildere schwer ertragbare Gefühle der Traurig keit sowie Zukunftsängste, die sich verschlimmern würden. Er habe Mühe, dem Alltag eine Sinnhaftigkeit abzugewinnen. Er habe seine Würde verloren. Weder der stationäre Aufenthalt noch die Umstellung der Medikation hätten länger fristig zu einer Verbesserung seines Leidens geführt. Seine prekäre Lebenssituation werde zunehmend zu einer zermürbenden Belastung und führe zu Ein schränkungen in vielen Lebensbe reichen. Es zeige sich eine vulnerable Persön lichkeit mit geringen psychosozialen Ressourcen. Als der Beschwerdeführer bis 2016 versucht habe, seiner Arbeit nachzugehen , habe sie ihn als aus geprägt pflichtbewussten und gewissenhaften Berufsmann mit grosser Identifi kation für die Arbeit erlebt. Der zunehmende psychische Kräfteverlust und der plötzliche Tod der Partnerin hätten die bereits jahrelang manifeste depressive Symptomatik verstärkt und der Beschwerdeführer sei zunehmend pessimistischer und hoffnungsloser geworden. Aus psycholo gischer Sicht sei derzeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 2) . Bei starker Verbesserung des aktuellen Gesundheitszustandes könne grund sätzlich eine Teilarbeitsfähigkeit nicht bestritten werden (S. 3). 3.12

Die IV-Stelle ging in der Verfügung vom 3 0. Juli 2020 davon aus, es würden keine Diagnosen mit langanhaltender/dauerhafter Auswirkung auf die Arbeits fähigkeit vorliegen. Zudem bestünden zahlreiche psychosoziale Faktoren, welche nicht berücksichtigt werden könnten. Da her bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente

( Urk. 7/63) .

Diesen Entscheid hob d as hiesige Gericht mit Urteil vom 1. September 2021 auf und erwog , die reine Aktenbeurteilung durch die RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_

sei nicht hinreichend , da es nicht bloss um die Beurteilung eines im Wesentlichen fest stehenden Sachverhalts gehe. Dr. D.\_\_\_\_ habe Zweifel an den gestellten Diagnosen und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit geäussert, doch habe die Beschwerde gegnerin keine weiteren Untersuchungen vorgenommen. Das Gericht wies die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurück, damit sie eine neurologische sowie psychiatrische (gegebenenfalls auch eine rheumatologische) Untersuchung veranlasse, gestützt auf welche die Auswirkungen der festgestellten Beeinträch tigungen unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung anhand der Standardindikatoren einzelfallgerecht und

ergebnisoffen zu beurteilen seien (Urk. 7/22 E. 4.1-2). 4. 4.1

Im Nachgang zum Urteil des hiesigen Gerichts vom 1. September 2021 ergingen die folgenden medizinischen Berichte : 4.2

Psychotherapeutin B.\_\_\_\_ stellte mit Bericht vom 9. Februar 2022 ( Urk. 7/78) folgende Diagnosen (S. 1): - persistierende depressive Störung gemäss DSM5 (Dysthymie, ICD-10 F34.1) - attackenartiger Drehschwindel - langjähriger Tinnitus - chronischer Nackenschmerz

Es bestehe eine deutlich eingeschränkte psychische und physische Belastbarkeit. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer den Anforderungen im Schuhmacherberuf aus gesundheitlicher Perspektive nicht mehr gewachsen sei, was wiederum eine demoralisierende und somit depressionsverstärkende Auswirkung habe. Die Erfüllung von täglichen Routineabläufen über eine längere Zeit sei wegen reduzierter Durchhaltefähigkeit deutlich erschwert. Aktuell sei der Beschwerdeführer aus fachpsychologischer Sicht für eine dauerhaft erbringbare Arbeitsleistung in einer Anstellung in der freien Wirtschaft in seiner letzten Tätigkeit oder einer denkbaren Verweistätigkeit nicht ausreichend stabil. Es bestehe die Gefahr einer Verschlimmerung des Gesundheitszustandes (S. 1). Ausgelöst durch einen während Jahren die eigenen Grenzen ignorierenden Lebensstil habe der Beschwerdeführer 2006 einen Zusammenbruch erlitten. Eine vollständige Stabilisierung sei ihm nie mehr vollständig gelungen. Er habe in guten Zeiten sehr viel, bis zur Erschöpfung gearbeitet. Ein Kollege habe ihn im Geschäft unterstützt, da er lediglich noch einem Pensum von 30 bis 50 % habe gerecht werden können. Es sei ihm immer schwerer gefallen, seiner Arbeit nachzugehen und auch die administrativen Arbeiten zu erledigen . Er habe dem Druck nicht mehr nachkommen können, so dass er schliesslich im September 2016 sein Geschäft seinem Kollegen abgetreten habe. Im Dezember 2016 sei seine damalige Partnerin unerwartet verstorben (S. 2). Die aktuelle Behandlung umfasse die psychotherapeutische Begleitung alle vier bis sechs Wochen. Im Rahmen der aktuell geschilderten Beschwerden und der objektivierbaren Psychopathologie bei der seit Jahren bestehenden persistierenden depressiven Problematik mit emotionaler Instabilität, verminderter Belastbarkeit und Stressresistenz sei der Beschwerdeführer seit längerer Zeit, wie in den Berichten aus den Jahren 2017-2020 dokumentiert , nicht ausreichend stabil für eine Arbeitstätigkeit (S. 3). 4.3 4 . 3 . 1

Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Dr. med. H.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie, diagnostizierten in ihrem Gutachten vom 20. März 2023 ( Urk. 7/107) , das sie nach Berücksichtigung der Akten (S. 13-23), der Erhebung der Anamnese (S. 26-30, S. 35-39, S. 45-47, S. 54-56) und der Durchführung einer allgemeininternistischen (S. 26 ff.), psychiatrischen (S. 35 ff.), orthopädischen (S. 47 ff.) und neurologischen (S. 54 ff.) sowie laborchemischen ( Urk. 7/107/65 ff.) Untersuchung erstattet hatten, eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) . Dieser sprachen sie einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (S. 8 Ziff. 4.3 lit . b). Die folgenden Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9 Ziff. 4.3 lit . c): - chronisches zerviko -, thorako - und lumbovertebrales Schmerzsyndrom - radiologisch mehrsegmentale zervikale und lumbale Degeneration (Röntgen vom 24. Januar 2023) - chronische Hüftbeschwerden rechts - radiologisch linksbetonte Degeneration der Hüftgelenke - Verdacht auf benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel - depressive Episode, remittiert (ICD-10 F32.4) - Verdacht auf arterielle Hypertonie - Hypercholesterinämie - Nikotinabusus - benignes

## Prostata-Syndrom Stadium II - Tinea

corporis sternal 4 . 3 . 2

Anlässlich der internistischen Begutachtung (S. 26 ff.) führte der Beschwerdeführer aus, dass die nach dem unerwarteten Tod seiner damals 32-jährigen Lebenspartnerin aufgetretene, seit sechs bis sieben Jahren bestehende Depression seine Hauptproblematik sei .

Weiter habe er beidseitig Ohrenprobleme, einen Tinnitus beidseits sowie einen Drehschwindel, auch leide er unter wiederholten Nacken- und Schultergürtelbeschwerden und lumbalen Schmerzen (S. 26 unten f.). Er sei alle sechs Wochen bei seinem Hausarzt in Behandlung, bei seiner Psychologin alle fünf bis sechs Wochen (S. 28). Dr. F.\_\_\_\_ hielt fest, der Beschwerdeführer sei im Alltag durch allgemeininternistische Befunde oder Diagnosen nicht beeinträchtigt (S. 31). Die angestammte Tätigkeit als Schuhmacher wie auch eine angepasste Tätigkeit seien uneingeschränkt zumutbar; eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung könne aus allgemeininternistischer Sicht auch in der Vergangenheit nicht bestätigt werden (S. 32 f. Ziff. 8.1-2). 4. 3 . 3

Gegenüber Dr. H.\_\_\_\_ führte der Beschwerdeführer bei der psychiatrischen Begutachtung (S. 35 ff.) aus, Auslöser für die bis heute bestehenden psychischen Beschwerden sei das Verschwinden seiner Freundin vor sieben bis acht Jahren gewesen. Ende 2016 sei sie nach Ungarn gefahren und nicht mehr zurückgekommen. Er habe daraufhin keine weiteren Informationen über ihren Verbleib erhalten und könne sich vorstellen, dass sie umgebracht worden sei. Jedenfalls gehe er davon aus, dass sie nicht mehr lebe. Die psychiatrische Behandlung habe ihm schliesslich geholfen und es habe sich eine Besserung eingestellt. Inzwischen denke er nur noch sporadisch an die Freundin. Die Depression sei nicht wirklich weg, vor allem die finanziellen Sorgen würden ihn bedrücken. Im Übrigen sei er wieder soweit aktiv, dass er sich um seinen Haushalt kümmere, er koche ohnehin gerne, und für seine Kinder da sei. Zudem mache er Freiwilligenarbeit, er biete unentgeltlich seine Unterstützung bei Gartenarbeiten an und gebe auch etwas Italienisch-Unterricht (S. 36). Mit der Arbeit habe er 2016 aufgehört, weil es ihm gesundheitlich nicht gut gegangen sei. Dies sei kurz vor dem Verschwinden der Freundin gewesen; schon damals hätten ihn die deutlichen Spannungen in der Familie der Freundin sehr belastet. Zudem sei das Geschäft nicht gut gelaufen und aufgrund der meist gebeugten Arbeitshaltung habe er Probleme an der Halswirbelsäule bekommen. Als zunehmend unangenehm habe er zudem die Dämpfe der verwendeten Klebstoffe empfunden, diese hätten bei ihm Schwindel ausgelöst (S. 37).

Der psychiatrische Gutachter hielt fest, dass der Beschwerdeführer in der Grundstimmung leicht niedergestimmt gewirkt habe, nicht jedoch tieftraurig und auch nicht ängstlich, rat- oder hoffnungslos. Er verfüge über das Gesamtspektrum der Emotionen; Interessen seien vorhanden und Freudeempfinden sei möglich. Über Insuffizienz- oder erhebliche Schuldgefühle sei nicht berichtet worden. Psychomotorisch habe der Beschwerdeführer mehrheitlich entspannt und der Antrieb habe in der Untersuchungssituation nicht beeinträchtigt gewirkt. Er habe über eine phasenweise Antriebsminderung berichtet. Suizidgedanken seien etwa 2017 aufgetreten, aber eine Todessehnsucht bestehe auch seither immer wieder, wobei keine aktiven Suizidgedanken oder -impulse vorlägen (S. 40 f.).

Zu den früheren Untersuchungen und Berichten führte Dr. H.\_\_\_\_ aus, wenngleich sich unter Berücksichtigung von Untersuchungsbefund und gegenwärtigem Niveau der Alltagsaktivitäten ein recht konsistentes Bild ergebe, so bestünden doch gewisse

Diskrepanzen zur Aktenlage, wo meist schwerere psychische Beeinträchtigungen dokumentiert worden seien. Im September 2020 sei von der behandelnden Psychologin eine schwere depressive Episode diagnostiziert worden, wobei anhand des Berichts nicht ganz klar werde, ob zu diesem Zeitpunkt die diagnostischen Kriterien tatsächlich erfüllt worden seien. Bis zu einem gewissen Grad scheine sich die von der Therapeutin gestellte Diagnose auf den damaligen Summenscore des Beck-Depressions-Inventars abstützen, was aus fachärztlicher Sicht jedoch nicht zulässig wäre. Die von der behandelnden Therapeutin zuletzt gestellte Diagnose einer Dysthymie stehe hingegen mit der gutachterlichen Einschätzung in Übereinstimmung (S. 41 unten f.). Es fänden sich beim Beschwerdeführer seit mehreren Jahren depressive Symptome. Das Ausmass der affektiven Beschwerden habe sich in den vergangenen Jahren offenbar abgeschwächt. Aktuell stünden eine leicht zum depressiven Pol hin verschobene Grundstimmung, finanzielle Sorgen und zeitweise auch eine Antriebsminderung im Vordergrund. Die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer depressiven Episode gemäss ICD-10 (unter anderem anhaltende tiefe Traurigkeit, Anhedonie, Antriebsstörung) würden nur teilweise erfüllt. Diese anhaltende leichte Depressivität sei diagnostisch als Dysthymia zu erfassen. Der melancholische Persönlichkeitsstil komme bereits in der Diagnose der Dysthymia zum Ausdruck. Eine darüber hinausgehende Persönlichkeitsstörung liege nach gutachterlicher Einschätzung nicht vor. Die psychischen Beschwerden hätten sich in den vergangenen Jahren insgesamt doch deutlich verbessert und seien nunmehr als leicht zu bezeichnen. Eine aktuelle Belastung ergebe sich vor allem durch die finanziell angespannte Situation und ungeklärte soziale und Versicherungsfragen. Nach Klärung dieser Fragen könne mit einer weiteren Zustandsverbesserung gerechnet werden (S. 42). Über Jahre sei mehrheitlich eine mittelgradige Ausprägung der Depressivität im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode postuliert worden, was eine etwa 50%ige Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Die 2020 diagnostizierte schwere depressive Episode stelle im dokumentierten Verlauf einen Ausreisser dar und müsse kritisch hinterfragt werden. Ab spätestens Februar 2022, mit der Diagnose der Dysthymia, sei vom Vorliegen der aktuell festgelegten Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Dies gelte auch für eine angepasste Tätigkeit. Die angestammte Tätigkeit als Schuhmacher sei im Umfang von täglich sieben bis acht Stunden zumutbar, wobei ein etwas erhöhter Pausenbedarf und ein reduziertes Rendement bestünden. Bezogen auf ein Vollpensum entspreche dies einer etwa 80%igen Arbeitsfähigkeit. Die selbständige Tätigkeit als Schuhmacher sei als ausreichend leidensangepasst zu betrachten (S. 43 f.). Die bestehende psychiatrische Behandlung sowie die Psychopharmakotherapie sollten beibehalten werden. Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Sinne einer Steigerung könnten mittelfristig nicht erwartet werden (S. 44). 4. 3 . 4

Der orthopädische Gutachter Dr. G. \_\_\_\_

hielt fest, der Beschwerdeführer habe bezüglich Einschränkungen im Alltag über eine verminderte Beweglichkeit berichtet. Früher sei er mehr gelaufen und Velo gefahren, doch gelinge es ihm immer noch, bis zu zwei Stunden ohne Pause zu gehen sowie einige Stunden lang mit dem Velo unterwegs zu sein. Er verwende nur selten Paracetamol und werde weder orthopädisch, neurochirurgisch noch rheumatologisch betreut (S. 49 f.). Auf orthopädischer Ebene seien folgende Befunde objektivierbar: Das Gangbild auf der Treppe und ebenem Terrain sei einschliesslich der geprüften Varianten regelrecht. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich eine weitgehend freie Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte, indem die bei der expliziten Prüfung klar verminderte Kopffrotation unter Ablenkung besser

gelingen. Auch in den oberen und unteren Extremitäten bestehe keine höhergradige Einschränkung der Beweglichkeit, lediglich die Innenrotation der Hüfte sei beidseits vermindert, gelinge aber in sitzender Position mit hängenden Extremitäten klar besser. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen könne bei guter Kooperation problemlos durchgeführt werden, wobei zu keinem Zeitpunkt ein höhergradiger Leidensdruck offenbar werde. Die beklagten Beschwerden im zervikothorakalen und lumbalen Abschnitt liessen sich angesichts degenerativer Veränderungen und Fehlhaltungen im Sinne eines Hohl-Rundrückens samt Protraktion von Kopf und Schultern durchaus begründen. Weniger gut nachvollziehbar sei dagegen die etwas inkonsistent präsentierte Symptomatik am Gesäss der rechten Seite sowie an den Daumen (S.

50). Für körperlich leichte bis mittel schwere Verrichtungen einschliesslich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sowie der Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveau sollten dabei vermieden werden. Für derartige Verrichtungen habe auch in der Vergangenheit keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 51). 4. 3 . 5

Der neurologische Gutachter führte aus, klinisch-neurologisch finde sich ein altersentsprechender Hirnnervenstatus, insbesondere die dezidierte Schwindeluntersuchung ergebe soweit beurteilbar kein Korrelat eines peripher- oder zentralvestibulären Nystagmus. Lediglich in Links-Seitenlage werde ein leichter Schwindel angegeben, ferner auch eine Fallneigung nach links hinten im Romberg-Stehversuch. Der übrige klinisch-neurologische Befund falle unauffällig aus. Zusammenfassend sei am ehesten von einer peripher-vestibulären Schwindelsymptomatik anhand der anamnestischen Angaben und der Aktenlage auszugehen. Denkbar sei hier ein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel, alternativ auch möglicherweise ein Morbus Menière. Auch eine funktionelle Ursache lasse sich bei jetzt unauffälligem klinisch-neurologischem Befund nicht gänzlich ausschliessen. Hinweise für eine Migräne lägen wiederum nicht vor. Die beschriebene Schmerzsymptomatik sei als nozizeptiv einzustufen. Hinweise für eine radikuläre Beteiligung im Hals- oder Lendenwirbelsäulenbereich ergäben sich nicht (S. 58 f.). Der beklagte Schwindel lasse sich gegenwärtig nicht nachvollziehen. Diesbezüglich und bezüglich der Rückenschmerzen seien Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Perspektive nicht begründbar, zumal die Symptomatik anamnestisch seit vielen Jahren bestehe und der Beschwerdeführer gleichzeitig noch arbeitsfähig gewesen sei (S. 59 f.). Im Falle eines therapieresistenten peripher-vestibulären Schwindelsyndroms seien phasenhaft Ausfallzeiten begründbar. Eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit sei jedoch bei insgesamt guter Prognose nicht zu begründen. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 % (S. 60). 4. 3 . 6

In ihrer Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, es bestehe aus Sicht des Bewegungsapparates für körperlich schwere Tätigkeiten aufgrund eines chronischen zerviko-, thorako- und lumbovertebralen Schmerzsyndroms sowie chronischer Hüftbeschwerden rechts eine volle Arbeitsunfähigkeit. Dagegen bestehe in der angestammten Tätigkeit als Schuhmacher wie auch in einer anderen körperlich leichten bis mittelschweren adaptierten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, wobei das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sowie der Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb des Schulterniveaus vermieden werden sollten. Aus psychiatrischer

Sicht bestehe aufgrund der Diagnose Dysthymie in der Tätigkeit als Schuhmacher eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % . Diese Tätigkeit könne als optimal angepasst betrachtet werden. Aus neurologischer und allgemeininternistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 8). Nach einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ab September 2016, einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ab Oktober 2018 und einer 60%igen Arbeitsfähigkeit ab Juli 2019 könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit seit Februar 2022 angenommen werden. Dies gelte auch für angepasste Tätigkeiten (S. 10 Ziff. 4.6.4 und 4.7.5). 4. 4

Dr. D.\_\_\_\_

nahm am 11. April 2023 ( Urk. 7/112/3-5) Stellung zum polydisziplinären Gutachten und führte aus, die im Gutachten genannte Dysthymie sei aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht relevant und begründe keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit. Zudem sei aufgrund des praktisch unauffälligen psychopathologischen Befundes, des hohen Aktivitätsniveaus und intakten Beziehungsnetzes eine Dysthymia im Sinne des ICD-10 absolut nicht nachzuvollziehen. Trotz entsprechendem Auftrag sei keine laborchemische Kontrolle von Medikamenten und Suchtmitteln erfolgt (S. 4). Die im psychiatrischen Teilgutachten attestierte 20%ige Arbeitsunfähigkeit könne nicht akzeptiert werden. Beim Verlauf der Arbeitsunfähigkeit gemäss Gutachten von 50 % ab September 2016, 20 % ab Oktober 2018, 40 % ab Juli 2019 und 20 % ab Februar 2022 handle es sich offenbar um die psychiatrische Beurteilung des Verlaufs, die sich offensichtlich auf die zum Teil wenig nachvollziehbaren psychologischen Berichte abstütze. Aus Sicht des RAD bestehe seit Juni 2020 eine zunehmende Arbeitsfähigkeit. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne nicht vollständig auf das Gutachten abgestellt werden (S. 5). 4. 5

Am 14. November 2023 ( Urk. 7/128) nahmen Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ ergänzend Stellung und hielten fest, aus der noch vorliegenden psychischen Symptomatik ergäben sich funktionelle Defizite insbesondere hinsichtlich Flexibilität und Umstellungsfähigkeit , Eigeninitiative, Arbeitstempo und Durchhaltevermögen und Ausdauer. Keines dieser Defizite sei schwer ausgeprägt und insgesamt resultiere daraus eine leichte, aber relevante Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als selbständiger Schuhmacher. Die zumutbare Präsenz am Arbeitsplatz sei dabei kaum betroffen, doch führe die reduzierte Arbeitsleistung gemeinsam mit einem erhöhten Pausenbedarf zu einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 1). Die gutachterliche Untersuchung habe zu einem Zeitpunkt stattgefunden, an dem der Beschwerdeführer mit wenig äusserlichen Stressoren belastet gewesen sei. Aufgrund der psychiatrischen Vorgeschichte sei aus psychiatrischer Sicht bei einer in einem Pensum von 100 % ausgeübten Tätigkeit als selbständiger Schuhmacher mit Budgetverantwortung, engem Kundenkontakt und der Notwendigkeit zur Selbstbehauptung von einem hohen Risiko für eine Zustandsverschlechterung, vor allem in Form einer depressiven Episode, auszugehen. Die dauerhaft verminderte Belastbarkeit begründe in diesem Fall eine dauerhafte leichte Leistungseinbusse von 20 %

(S. 1 unten f.).

Nach genauer Reevaluation des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit würden die Angaben zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit korrigiert. Es hätten sich beim Versuch, in Anlehnung an die Behandler den Verlauf abschliessend etwas abgestufter darzustellen als im psychiatrischen Teilgutachten, Fehler eingeschlichen, da unter anderem die Leistungsfähigkeit

beziehungsweise unfähigkeit in den Berichten der Behandler nicht richtig interpretiert worden sei. Die abschliessende Einschätzung richte sich folglich nach den Angaben im psychiatrischen Teilgutachten mit der 50%igen Arbeitsfähigkeit ab September 2016 und 80%igen Arbeitsfähigkeit ab Februar 2022. Weiter basiere die im psychiatrischen Teilgutachten festgestellte Arbeitsfähigkeit einerseits auf der angestammten Tätigkeit als selbständiger Schuhmacher. Diese Tätigkeit sei in manchen Punkten mit höheren Ansprüchen beziehungsweise Belastungen verbunden als eine unselbständige Tätigkeit. Andererseits ergäben sich aus einer solchen Tätigkeit auch günstige Bedingungen, insbesondere hinsichtlich Zeit- und Pausenplanung. Insgesamt würden sich diese Einflüsse mehr oder minder gegenseitig aufheben, so dass in selbständiger und unselbständiger Tätigkeit eine vergleichbare zumutbare Arbeitsunfähigkeit resultiere (S. 2). 4. 6

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, hielt am 22. September 2023 (Urk. 7/133/3) fest, es sei kein einziger kurativer orthopädischer oder rheumatologischer Arztbericht vorhanden, was bedeute, dass der Beschwerdeführer überwiegend wahr scheinlich nie in orthopädischer oder rheumatologischer Behandlung gestanden habe. Dies wiederum lasse auf einen geringen Leidensdruck schliessen. Gemäss Gutachten hätten die erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen insgesamt keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, was plausibel sei und im Hinblick auf die angestammte Tätigkeit als Schuhmacher und auch auf jede angepasste Tätigkeit nachvollzogen werden könne. 4. 7

Dr. D.\_\_\_\_ führte am 20. November 2023 (Urk. 7/133/4-5) aus, eine ressourcen hemmende Wirkung könne aufgrund der Dysthymie nicht erkannt werden. Es bestehe ein relativ hohes Aktivitätsniveau mit Ferienaufhalten und sozialen Kontakten. Im psychiatrischen Gutachten würden ein praktisch unauffälliger psychopathologischer Befund und keinerlei psychisch bedingte Einschränkungen angegeben. Wenn der Gutachter erst nachträglich Einschränkungen angebe, seien diese nicht vollkommen nachzuvollziehen. Weiter würden überwiegend psychosoziale Faktoren wie etwa Budgetverantwortung oder enger Kundenkontakt im Rahmen der selbständigen Tätigkeit als Risiko für eine Zustandsverschlechterung eingeschätzt, aufgrund der Selbständigkeit hätten sich gemäss Gutachten aber auch günstigere Bedingungen, insbesondere hinsichtlich Zeit- und Pausenplanungen, ergeben. Aufgrund dieser Angaben könne eine anhaltende 20%ige Arbeitsunfähigkeit nicht vollständig nachvollzogen, aber auch nicht vollkommen ausgeschlossen werden. Der RAD könne weiterhin nur bedingt auf das Gutachten abstellen. 5. 5.1

Das polydisziplinäre Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 20. März 2023 beruhte auf allseitigen Untersuchungen und erging in Kenntnis der Vorakten. Es wurden darin die geklagten Beschwerden berücksichtigt und die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation leuchtet, wie nachfolgend zu zeigen ist, grundsätzlich ein. Die Schlussfolgerungen der Experten sind

begründet. Zudem verfügten sämtliche beteiligten Gutachter über die notwendigen fachlichen Qualifikationen. Das Gutachten vermag somit in formeller Hinsicht den praxis gemässen Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. vorstehend E. 1.6) zu genügen. 5.2

In somatischer Hinsicht wurde auf internistischem Fachgebiet keine Diagnose festgestellt, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Gemäss Gutachter Dr. F.\_\_\_\_ ist der

Beschwerdeführer im Alltag aktuell wie auch bisher durch allgemeininternistische Befunde nicht eingeschränkt (vgl. vorstehend E. 4.3.2).

Die gesamte ausführliche orthopädische Untersuchung (vgl. vorstehend E. 4.3.4)

konnte bei guter Kooperation im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen problemlos durchgeführt werden, wobei zu keinem Zeitpunkt ein höhergradiger Leidensdruck festzustellen war. Zwar hielt der orthopädische Gutachter fest, dass die im zervikothorakalen und lumbalen Abschnitt der Wirbelsäule beklagten Beschwerden eine Begründung in den degenerativen Veränderungen und Fehlhaltungen im Sinne eines Hohl-Rundrückens samt Protraktion von Kopf und Schultern finden. Dennoch kam er zum Schluss, dass in körperlich leichten bis mittel schweren Verrichtungen einschliesslich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit besteht, wobei das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sowie der Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulter niveau dabei vermieden werden sollten. Auch rückwirkend habe für solche Tätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Dies vermag angesichts der objektiv gering ausgeprägten Einschränkungen ohne Weiteres zu überzeugen, so dass aus orthopädischer Sicht von voller Arbeitsfähigkeit auszugehen ist.

Auch aus neurologischer Sicht wurde eine volle Arbeitsfähigkeit festgestellt, da der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung zwar einen leichten Schwindel in der Links-Seitenlage angab und eine Fallneigung im Romberg-Stehversuch zeigte, jedoch die dezidierte Schwindeluntersuchung kein Korrelat ergab und der übrige klinisch-neurologische Befund unauffällig war. Selbst bei phasenhaften Ausfallzeiten aufgrund eines therapieresistenten Schwindelsyndroms erachtete der Gutachter eine diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit nicht als ausgewiesen. Auch dies wurde schlüssig begründet. Zudem war der Beschwerdeführer nach Lage der Akten, wie RAD-Arzt Dr. J. \_\_\_ feststellte, nie in somatischer Behandlung, was ebenfalls für die geringe Ausprägung der entsprechenden Beschwerden spricht. Dementsprechend ging auch

Dr. J. \_\_\_ von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht aus (vgl. vorstehend E. 4.6). 5.3

Die psychiatrische Beurteilung ergab die Diagnose einer Dysthymie, die sich nach Angaben des Gutachters im Umfang von 20 % auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten auswirkt. Die in den früheren Beurteilungen gestellte Diagnose einer depressiven Episode erachtete der Gutachter nun als remittiert. Der Befund umfasste zwar eine leicht niedergeschlagene Grundstimmung, jedoch hat der Beschwerdeführer nicht tieftraurig oder ängstlich gewirkt und er verfügte über das Gesamtspektrum der Emotionen. Es war Interesse vorhanden und ein Freudeempfinden war möglich, über Insuffizienz- oder Schuldgefühle hat der Beschwerdeführer nicht berichtet. Zudem wirkte er mehrheitlich entspannt und der Antrieb war in der Untersuchungssituation nicht beeinträchtigt, wenngleich der Beschwerdeführer über Phasen der Antriebsminderung berichtet hat. Eine Todessehnsucht besteht aber weiterhin immer wieder (vgl. vorstehend E. 4.3.3).

Angesichts dieser Befundlage vermag die Diagnose einer Dysthymia zu überzeugen, handelt es sich doch dabei um eine chronische

depressive Verstimmung, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden gegenwärtig nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive

Störung erfüllt. Meistens, oft monatelang, fühlen sich die Betroffenen müde und depressiv; alles ist eine Anstrengung und nichts wird genossen. Sie grübeln und beklagen sich, schlafen schlecht und fühlen sich unzulänglich, sind aber in der Regel fähig, mit den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden. Die unter der Codierung F34 erfassten anhaltenden affektiven Störungen beinhalten anhaltende und gewöhnlich fluktuierende Stimmungsstörungen, bei denen einzelne Episoden selten ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder auch nur leichte depressive Episoden gelten zu können. Da sie jahrelang, manchmal den grössten Teil des Erwachsenenlebens andauern, ziehen sie aber beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich. Gelegentlich können wiederholte oder einzelne manische oder leichte oder schwere depressive Störungen

die anhaltende affektive Störung überlagern (Dilling / Mombour / Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, S. 181 und 183).

Eine solche Überlagerung im Sinne depressiver Episoden zeigt sich denn auch in den vorliegenden Berichten, wo immer wieder auch eine depressive Episode diagnostiziert wurde. Die Ärzte der Y. AG beschrieben dies als Double Depression (vgl. vorstehend E. 3.4). Die depressive Stimmungslage wurde während mehreren Jahren durchgehend festgestellt. Dass einer Dysthymie, wie RAD-Ärztin Dr. D. annimmt (vgl. vorstehend E. 4.7), keine ressourcen hemmende Wirkung und nach Ansicht der Beschwerdegegnerin kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukommen soll, ist angesichts der Beschreibung dieses Beschwerdebildes zumindest fraglich. Zudem ist diese Frage anhand des strukturierten Beweisverfahrens zu prüfen (dazu nachfolgend E. 6).

Bezüglich des Verlaufes der aufgrund der Dysthymie und der zusätzlichen depressiven Episoden verursachten Arbeitsunfähigkeit seit 2017 äusserte sich

Dr. H. \_\_\_\_\_

kritisch zu der von Fachpsychologin B. \_\_\_\_\_ im September 2020 (vgl. vorstehend E. 3.11) diagnostizierten schweren depressiven Episode, da diese Diagnose seiner Ansicht nach bis zu einem gewissen Grad auf dem damaligen Summenscore des Beck-Depressions-Inventars abgestützt worden sei, was aus fachärztlicher Sicht jedoch nicht zulässig wäre. Hinzu kommt, dass bei einer schweren depressiven Episode eine Einweisung zur stationären Behandlung oder eine erheblich gesteigerte Therapiekadenz zu erwarten wäre, was nach Lage der Akten jedoch beides nicht erfolgte. Ansonsten stimmte Dr. H. \_\_\_\_\_ mit der bisher gestellten Diagnose einer Dysthymie überein und ging von einem recht konsistenten Bild aus, da der Beschwerdeführer seit mehreren Jahren an depressiven Symptomen leidet, wobei sich das Ausmass der Beschwerden seiner Einschätzung nach in den vergangenen Jahren abgeschwächt hat. Anlässlich der Untersuchung waren die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer depressiven Episode gemäss ICD-10 (unter anderem anhaltende tiefe Traurigkeit, Anhedonie, Antriebsstörung) nur teilweise erfüllt. Dr. H. \_\_\_\_\_ wies darauf hin, dass sich die psychischen Beschwerden in den vergangenen Jahren insgesamt doch deutlich verbessert haben, und bezeichnete diese nunmehr als leicht. Dr. H. \_\_\_\_\_ stimmte aber der in den bisherigen Akten ab dem Zeitraum 2017 postulierten mittelgradigen Ausprägung der Depressivität im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode zu und schätzte deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit während einer befristeten Dauer auf 50%. Ab spätestens Februar 2022, zu welchem Zeitpunkt auch die

behandelnde Therapeutin

B. \_\_\_ in psychiatrischer Hinsicht einzig noch eine Dysthymie diagnostizierte (vgl. vorstehend E. 4.2), erachtete Dr. H. \_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten als zumutbar. 5.4

In der Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass aus psychiatrischer Sicht aufgrund der Diagnose Dysthymie in der Tätigkeit als Schuhmacher eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % besteht. Diese Tätigkeit könne als optimal angepasst betrachtet werden. Die Arbeitsfähigkeit habe ab September 2016 50 % , ab Oktober 2018 80 % und ab Juli 2019 60 % betragen. Ab Februar 2022 betrage sie 80 % (vorstehend E. 4.3.6). In ihrer ergänzenden Stellungnahme (vorstehend E. 4.5) begründeten die Gutachter, dass aufgrund der reduzierten Arbeitsleistung und gemeinsam mit einem erhöhten Pausenbedarf eine Arbeitsfähigkeit von 80 % besteht , und dass aufgrund der psychiatrischen Vorgeschichte bei einer in einem Pensum von 100 % ausgeübten Tätigkeit als selbständiger Schuhmacher mit unter anderem Budgetverantwortung, engem Kundenkontakt und

der Notwendigkeit zur Selbstbehauptung aus psychiatrischer Sicht von einem hohen Risiko für eine Zustandsverschlechterung, vor allem in Form einer depressiven Episode, auszugehen ist . Die dauerhaft verminderte Belastbarkeit begründet ihrer Einschätzung nach in diesem Fall eine dauerhafte Leistungseinbusse von 20 % . Den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit seit 2017 präzisierten sie dahingehend, dass ab September 2016 von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab Februar 2022 von 80 % in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten auszugehen ist. Dass dies in der angestammten wie auch in angepassten Tätigkeiten gelte , führten die Gutachter auf den Umstand zurück, dass die selbständige Tätigkeit einerseits mit anderen Belastungen verbunden ist als eine unselbständige Tätigkeit, andererseits jedoch hinsichtlich Planung günstig ist, weshalb sich diese Einflüsse gegenseitig aufheben. 6. 6.1

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 6.2

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 Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestic 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). 6.3

Im Verlauf seit 2017 ergibt sich aus den vorhandenen Akten, dass der Beschwerdeführer seit langem sozial zurückgezogen lebt und bis auf seine Familie wenig Kontakt hat (vgl. vorstehend E. 3.1). Zwar bestanden gute Kontakte zur Ex-Ehefrau und den Kindern, dennoch wurde auch anlässlich des stationären Aufenthaltes ein sozialer Rückzug festgehalten. Thema der stationären Behandlung bildeten unter anderem die Isolation und Einsamkeit. Der Beschwerdeführer berichtete jedoch über Hobbies (Lesen, Spaziergehen, Fussball, Beschäftigung mit Religion und Glauben) und guten Kontakt mit den Brüdern in Italien (vorstehend E. 3.4). Seit dem Tod der Partnerin ging der Beschwerdeführer keine Beziehung mehr ein. Er habe Kontakt zur Kernfamilie und einen lockeren Kontakt zu Familienmitgliedern in Italien. Ausserdem versuche er, Kontakt mit seiner jüngsten Tochter zu pflegen. Sonstige Kontakte zu Freunden seien aus Schamgefühlen praktisch inexistent (vgl. vorstehend E. 3.11). Insgesamt war deshalb im Zeitraum ab 2017 von geringen Ressourcen auszugehen. Infolge der Dysthymie befindet er sich seit 2012 in therapeutischer Behandlung, wobei die Behandlung lediglich alle vier bis sechs Wochen stattfindet (vgl. vorstehend E. 4.2), was zwar Rückschlüsse auf den Leidensdruck zulässt, jedoch auch auf die schwierige Therapierbarkeit der bereits seit Jahren vorhandenen Dysthymie zurückgeführt werden könnte. Auch die stationäre Behandlung hat letztlich, auch wenn eine deutliche Besserung im Hinblick auf die depressiven Symptome erreicht wurde (vgl. vorstehend E. 3.4), keine nachhaltige Wirkung hinsichtlich der Dysthymie gezeigt. Der Schweregrad der Erkrankung war fluktuierend, indem im Sinne einer Double Depression zusätzlich mittelgradige depressive Episoden hinzutraten (vgl. vorstehend E. 3.4). Psychosoziale Faktoren wie die schwierige finanzielle Situation mit Geschäftsaufgabe sind vorhanden. Psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren sind aber nicht vorab und losgelöst von der Indikatorenprüfung, sondern in deren Rahmen im Gesamtkontext zu würdigen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_407/2020 vom 3. März 2021 E. 4.1). Vorliegend ergaben sich keine Hinweise darauf, dass die Beeinträchtigung des Beschwerdeführers einzig auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen wäre. Vielmehr zeigt sich für den Zeitraum von 2017 bis Januar 2022 ein Gesamtbild, dem die Gutachter schlüssig Rechnung trugen, indem sie von einer durchschnittlichen Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgingen. Dem ist zu folgen. Die

Beschwerdegegnerin lässt bei ihrer Ansicht, es bestehe seit 2020 eine zunehmende Arbeitsfähigkeit und es lasse sich deshalb keine Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nachvollziehen ( Urk. 2 S. 2), ausser Acht, dass ein Anspruch ab 2017 zu beurteilen ist. Dieser wurde von ihr auch nach Rückweisung durch das hiesige Gericht nicht vertieft - insbesondere anhand der Standardindikatoren - geprüft. 6.4

Anders verhält es sich mit der attestierten Arbeitsfähigkeit von 80 % ab Februar 2022. Anlässlich der Begutachtung ( Urk. 7/107 )

berichtete der Beschwerdeführer zu seinem Tagesablauf, dass er zwischen acht Uhr dreissig und neun Uhr aufsteht und dann Haushaltarbeiten erledigt. Er absolviere Spaziergänge von ein bis zwei Stunden (S. 29). Er leiste Freiwilligenarbeit in Form der Unterstützung bei Gartenarbeiten und Italienisch-Unterricht (S. 36).

Er verbringe die Tage typischerweise recht aktiv, sei nicht so viel in seiner Wohnung, sei oft mit dem Velo unterwegs, treffe sich mit Angehörigen oder Bekannten, erledige die Einkäufe und koche sehr gerne, manchmal auch für Angehörige. Er interessiere sich für Fussball, gehe zwar nicht mehr ins Stadion, aber er gebe seinem Sohn, der Fussballtrainer sei, Tipps. Er fahre gerne Velo und in den Ferien geniesse er das Schwimmen im Meer. Mindestens einmal im Jahr reise er nach Italien. Im Vorjahr habe er ausserdem noch mehrere Wochen zusammen mit einem Kollegen in Salerno verbracht (S. 38). Er sei nicht faul und könne sich im Rahmen seiner Möglichkeiten auch Arbeit vorstellen. Möglicherweise werde er in Zukunft auch mehr Zeit in Kalabrien verbringen, wo er ein noch nicht ganz fertiggestelltes Haus in Meeresnähe besitze (S. 39 oben). Zu den Ressourcen hielt der Gutachter fest, der Beschwerdeführer verfüge über ein intaktes Beziehungsnetz und erweise sich auch im gutachterlichen Kontakt als beziehungsfähig und werde als charmant wahrgenommen. Die finanzielle Situation sei jedoch angespannt und das Alter von mittlerweile 64 Jahren werde die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt erschweren (S. 42 unten f.).

Gestützt auf all diese Angaben ist festzustellen, dass angesichts der nun geringen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Dr. H.\_\_\_\_ ging von leichten Beschwerden aus (vgl. vorstehend E. 5.3) - dem Fehlen von Komorbiditäten, den persönlichen Ressourcen mit Hobbies, regelmässigen Aktivitäten, intaktem Beziehungsnetz und insbesondere angesichts des beweisrechtlich entscheidenden Aspekts der Konsistenz ( Freiwilligenarbeit, regelmässige Reisen nach Italien, offenbar Bau eines Hauses dort, selbständige Führung des Haushaltes mit regelmässigem Kochen, generell mit einer aktiven und selbst wirksamen Lebensführung ) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab Februar 2022

nicht bestätigt werden kann. Vielmehr ist von voller Arbeitsfähigkeit auszugehen. 7.

## **E. 7**

eine ganze Rente zuzusprechen. Weiter beantragte er die Bestellung von Rechtsanwältin Angela Widmer-Fäh, Zürich, zur unentgeltlichen Rechtsvertreterin (Urk. 1 S. 2).

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 17. Juni 2024 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, wovon der Beschwerdeführer am 19. Juni 2024 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 7.1**

Wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt, ist aufgrund seines vorgerückten Alters bezogen auf den rechtsprechungsgemäss massgeblichen Zeitpunkt die Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit zu prüfen.

## E. 7.2

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 aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). 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). 7. 3

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischere nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel oder starren Altersgrenze bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 145 V 2 E. 5.3.1, 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_295/2023 vom 14. November 2023 E. 8.1.1). Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt 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; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Der Zeitpunkt, in dem die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, richtet sich nach dem Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit (BGE 146 V 16 E. 7.1, 145 V 2 E. 5.3.1, 138 V 457 E. 3.3). Als ausgewiesen gilt die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 143 V 431 E. 4.5.1, 138 V 457 E. 3.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_295/2023 vom 14. November 2023 E. 8.1.2 mit Hinweisen). 7. 4

Zur Prüfung der Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist somit auf den Zeitpunkt des Gutachtens vom 20. März 2023 beziehungsweise auf dasjenige der ergänzenden Stellungnahme vom 14. November 2023 abzustellen. Denn erst zu diesem Zeitpunkt stand in medizinischer Hinsicht fest, welche Restarbeitsfähigkeit dem Beschwerdeführer zumutbar ist.

Am 20. März 2023 war der am 24. Januar 1959 geborene Beschwerdeführer 64 Jahre und knapp zwei Monate, am 14. November 2023 war er 64 Jahre und 10 Monate alt. Er hatte somit lediglich noch eine Aktivitätsdauer von zehn beziehungsweise zwei Monaten bis zur Pensionierung im Alter von 65 Jahren vor sich.

Die Chancen einer neuen Anstellung wie auch der Fortführung bzw. der Wiederaufnahme einer selbständigen Tätigkeit bis zum Pensionsalter sind daher selbst unter Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit nicht mehr als realistisch anzusehen. Das eigene Schuhmachergeschäft gehört seit 2016 nicht mehr ihm (vgl. vorstehend E. 4.2) und die verbleibende Aktivitätsdauer erlaubt keinen Neuaufbau eines eigenen Geschäfts. Auch für eine Tätigkeit als Angestellter, die eine Umstellungsfähigkeit nach jahrelanger (seit 1992; vgl. Urk. 7/15 Ziff. 5.4 und Urk. 7/111) selbständiger Tätigkeit voraussetzen würde, wäre eine gewisse Einarbeitungszeit und Gewöhnung erforderlich, zumal der Beschwerdeführer seit 2016 nicht mehr erwerbstätig war. Stellt man die persönlichen und beruflichen Gegebenheiten den objektiven Anforderungen eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes gegenüber, würde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Arbeitgeber den Beschwerdeführer mehr anstellen. 7.5

Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass die dem Beschwerdeführer verbliebene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird, weshalb ihm deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zugemutet werden kann. Es kann auch nicht von ihm verlangt werden, eine nunmehr aufzubauende selbständige Erwerbstätigkeit über das Pensionsalter hinaus fortzuführen. Demnach ist vom Vorliegen einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit auszugehen, was den Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet.

Die angefochtene Verfügung ist folglich in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und es ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Oktober 2017 Anspruch auf eine ganze Rente hat. 8.8.1

Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 8.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streit Sache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als weitere Bemessungskriterien nennt § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer ) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

In Anwendung

dieser Kriterien ist dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. 8.3

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

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 21. März 2024 aufgehoben und festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2017 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 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. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Angela Widmer-Fäh - 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. 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.