

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00358 vom 29. September 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00358

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00358 du 29 septembre 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00358 del 29 settembre 2023

Erwägungen

E. 1.1

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

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

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

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

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

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

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

E. 1.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

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

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

BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 1. 5

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

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 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 je dem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie aus gewiesen 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 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281

E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 6 Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit 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). 2.

E. 2

Der Beschwerdeführer erhob am 23. Juni 2022 Beschwerde gegen die Verfügung vom 1. Juni 2022 (Urk. 2) und beantragte die Zusprache einer Rente, eventuell die Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 25. August 2022 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer am 1. September 2022 mitgeteilt wurde (Urk. 7). Am 28. November 2022 reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Arztbericht des Kantonsspitals Y.____ vom 7. Juni 2022 ein (Urk. 8-9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung vom 1. Juni 2022 aus, gemäss den Ausführungen im Gutachten des Zentrums Z.____

sei der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Hauswart nicht mehr arbeitsfähig. Eine angepasste Tätigkeit ohne stärkere Belastung der rechten Hand sowie unter Berücksichtigung der Einschränkung aus psychiatrischer Sicht sei ihm jedoch in einem Pensum von 70 % zumutbar (Urk. 2 S. 1 f.). Der Einkommensvergleich ergebe einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 %. In allen zusätzlich eingereichten Arztberichten werde in Übereinstimmung mit dem Gutachten von einer Einschränkung von 30 % ausgegangen. Es seien zudem keine Gründe für eine Addition der einzelnen Arbeitsunfähigkeiten ersichtlich. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit sei nicht ausgewiesen. Da ein allfälliger Anspruch ab Dezember 2018 geprüft werde, seien die per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Regelungen nicht anwendbar und es sei keine Parallelisierung des Einkommens vorzunehmen (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend (Urk. 1), das Z.____-Gutachten trage seinen Beschwerden und deren Auswirkungen auf die (angepasste) Arbeitsfähigkeit nicht ausreichend Rechnung. Die Gutachter hätten nicht näher begründet, wie genau sie zu den

von ihnen attestierten Arbeits unfähigkeiten gelangt seien (S. 5 Rz 12). Der psychiatrische Gutachter habe zu dem nur ganz oberflächlich abgeklärt, ob eine posttraumatische Belastungs störung vorliege (S. 6 Rz 13). Die im Einwandverfahren neu eingereichten Arzt berichte zeigten klar, dass das Gutachten unvollständig, oberflächlich und hin sichtlich der angepassten Arbeitsfähigkeit viel zu streng und nicht schlüssig sei. Die Gutachter hätten insbesondere dem Umstand, dass auch das Dumping-Syndrom und die psychischen Beeinträchtigungen die Arbeitsfähigkeit ganz er heblich einschränkten , keine Rechnung getragen (S. 7 Rz 20). Sofern wider Erwarten auf das Gutachten abzustellen sei, müsse die darin festgestellte Leistungsminderung von 30 % in Anbetracht der zahlreichen Gesundheits schäden zusätzlich zur prozentualen Arbeitsunfähigkeit von 20 % berücksichtigt werden. In Übereinstimmung mit der damaligen RAD-Beurteilung sei von einer angepassten Arbeitsfähigkeit bis April 2019 von (höchstens) 60 % und ab Mai 2019 von (höchstens) 50 % auszugehen (S. 8 Rz 21). Aus dem Gutachten ergebe sich zusammenfassend eine Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten in einer Präsenz von 80 % mit einer Rendementminderung von 30 % (S. 8 Rz 22). Die Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten sei gestützt auf Art. 49 Abs. 1 bis IVV in Anbetracht der erheblichen, sich auf die Resterwerbsfähigkeit auswirkenden Einschränkungen (unter anderem auch durch die Beeinträchtigung der rechten, dominanten Hand und wegen des Dumping-Syndroms) noch entsprechend zu reduzieren (S. 8 f. Rz 23). Die Beschwerdegegnerin habe den medizinischen Sach verhalt ungenügend abgeklärt (S. 9 Rz 26). Im Rahmen des Einkommens vergleiches sei sodann das allzu tiefe Valideneinkommen als unfreiwilliger tat sächlicher Minderverdienst im Vergleich zum branchenspezifischen Tabellenlohn zu parallelisieren (S. 10 Rz 28). Darüber hinaus müsse vom tabellarisch fest gesetzten Invalideneinkommen zehn Prozent für Teilzeitarbeit abgezogen werden (S. 10 Rz 29).

E. 2.3

Seit der rechtskräftigen leistungsabweisenden Verfügung vom 9. Mai 2011 (Urk. 6/25), welche nach medizinischen Abklärungen auf die Erstanmeldung vom 25. November 2010 (Urk. 6/9) erging, hat sich der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht nach mehreren Magenbypass-Operationen wesentlich, potentiell an spruchsrelevant, verändert, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 16. Mai 2018 (Urk. 6/31) eingetreten ist und medizinische Abklärungen getätigt hat (E. 1.4) . Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und dabei insbesondere die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend ab geklärt hat. 3. 3. 1

Der Hausarzt Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 15. August 2017 im Wesentlichen folgende Diagnosen (Urk. 6/32/15-16 Ziff. 1): - Adipositas mit metabolischem Syndrom bei Status nach Magenbypass im Juni 2017 - Helicobacter assoziierte Antrum- und Corpusgastritis - mittelschwere pulmonale Obstruktion - Verdacht auf gastroösophageale Refluxkrankheit - Verdacht auf mittelschweres bis schweres obstruktives Schlafapnoe syndrom - Diabetes mellitus Typ 2b

Der Beschwerdeführer sei seit dem 1. August 2017 vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 4). 3. 2

In ihrem Bericht vom 6. März 2018 nannten die Ärzte des Universitätsspitals B.____, Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie, folgende Diagnosen (Urk. 6/32/4-6 S. 1 f.): - Status nach laparoskopischem intermediärem Magenbypass bei Adipositas Grad II am 20. Juni 2017 - Steatosis hepatis - Diabetes mellitus Typ 2 - laborchemische Veränderungen

- mittelschwere pulmonale Obstruktion - mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom
- nicht erosive gastroösophageale Refluxkrankheit - degenerative Gelenk- und
Wirbelsäulenerkrankung

Der Beschwerdeführer leide acht Monate nach Magenbypass und vier Monate nach Verschluss einer inneren Hernie unter abdominalen Schmerzen. Seit der letzten Operation im November 2017 bestünden diffuse postprandiale zentrale Bauchschmerzen, welche insbesondere nach Flüssigkeitsaufnahme verstärkt seien. Die Schmerzqualität sei krampfartig mit gelegentlichen Ausstrahlungen in die linke Flanke. Der Appetit sei normal, der Stuhlgang regelrecht. Es bestehe die Indikation zur diagnostischen Laparoskopie (S. 2).
3. 3

In seinem Bericht vom 13. Juni 2018 (Urk. 6/53/38-39) diagnostizierte Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, ein Rezidiv eines Handgelenks ganglions sowie unklare Schmerzen und Sensibilitätsstörungen an der rechten Hand (S. 1). Die Ursache der geklagten relativ ausgeprägten Schmerzen sowie der Sensibilitätsstörungen an der rechten Hand müsse aus neurologischer Sicht offen gelassen werden. Aktuell ergäben sich klinisch, elektroneurographisch und sonographisch keine Anhaltspunkte für eine Affektion der in Frage kommenden peripheren Nerven, insbesondere nicht für ein Karpaltunnelsyndrom rechts. Eine nicht-organische/funktionelle Überlagerung sei sehr wahrscheinlich. Aus neurologischer Sicht bestehe derzeit kein dringender weiterer Abklärungsbedarf (S. 2).
3. 4

Am 7. August 2018 wurde im Kantonsspital Y.____, Departement Chirurgie, eine Exzision eines radiopalmaren Handgelenksganglions rechts durchgeführt. In ihrem Bericht vom 30. August 2018 hielten die Ärzte fest, der Beschwerdeführer sei beschwerdekompenziert mit unauffälliger peripherer Durchblutungssituation und reizlosen Wundverhältnissen ausgetreten (Urk. 6/53/8-9 S. 1).
3. 5

Am 12. Januar 2019 hielt die behandelnde Ärztin Dr. med. D.____, Fachärztin für Innere Allgemeine Medizin, Zentrum E.____, fest, der Beschwerdeführer leide weiterhin unter ab dominellen Beschwerden unklarer Ursache, einem Dumping-II-Syndrom sowie einer Depression beziehungsweise Somatisierungsstörung (Urk. 6/53/2-3 Ziff. 1). Aktuell sei er weiterhin vollständig arbeitsunfähig. Ob die Arbeitsfähigkeit wieder erlangt werden könne, sei aktuell unklar. Die Gesundheitssituation sei komplex und teilweise überlappten sich verschiedene Probleme (Ziff. 3).
3. 6

Die Ärzte des Zentrums E.____ nannten in ihrem Bericht vom 18. April 2019 (Urk. 6/61/1-7) im Wesentlichen folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - Status nach laparoskopischer Anlage eines intermediären Magenbypass am 16. Juni 2017 - Status nach Laparoskopie, Adhäsiolyse, innere Hernienverschlüsse am 28. November 2017 - Status nach Laparoskopie, Verschluss der Petersenlücke, Lösen von Verwachsungen und Brolin-Lückenverschluss am 15. März 2018 - Status nach diagnostischer Laparoskopie am 24. August 2018 - undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) - Verdacht auf Anpassungsstörung im Rahmen der postoperativen Komplikationen (ICD-10 F43.2) - degenerative Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankung mit zerviko spondylogenem Schmerzsyndrom - Gonalgie rechts - Sehnenscheidenganglion Dig II/III rechts - Verdacht auf Tendovaginitis des ersten Strecksehnenfaches rechts - Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom rechts - Rezidiv eines Handgelenksganglions (radioal) rechts - unklare Schmerzen und Sensibilitätsstörungen (vorwiegend Finger I bis III) an der rechten Hand

Der Verlauf nach der Anlage des Magenbypasses habe sich zunächst adäquat gestaltet, ab Oktober 2017 sei es zu zunehmenden Schmerzen und abdominellen Beschwerden gekommen. Der Beschwerdeführer habe eine innere Hernie erlitten und aufwändig revidiert werden müssen. Die Operation habe sich schwierig gestaltet und sei mit einem problematischen Verlauf behaftet gewesen. Im März 2018 sei es erneut zu Problemen gekommen und es habe erneut revidiert werden müssen. Der Beschwerdeführer leide weiterhin an abdominellen Beschwerden und es habe sich eine ausgeprägte undifferenzierte Somatisierungsstörung heraus gebildet, sodass körperliche und psychische Symptome oft schwierig auseinanderzuhalten seien. Momentan befinde sich der Beschwerdeführer erneut in stationärer Behandlung einer psychosomatischen Rehabilitation. Der weitere Verlauf müsse abgewartet werden, es sei aber jetzt schon ersichtlich, dass der Beschwerdeführer in seinen ursprünglichen Beruf als Hauswart mit körperlicher Arbeit nicht zurückkehren könne (Ziff. 1.4). Nach erfolgreicher Rehabilitation könne der Beschwerdeführer in einer sitzenden Tätigkeit beziehungsweise ganz leichten körperlichen Aktivität mutmasslich im Umfang von 25 bis 50 % arbeitsfähig werden (Ziff. 1.7). 3. 7

In ihrem Bericht vom 5. März 2019 hielt Dr. D.____ fest, mittels Ernährungs umstellung habe der Beschwerdeführer die Dumpings reduzieren können, diese würden nur noch schwach ausfallen und selten auftreten, wenn, dann meist abends. Daher benötige er vorerst keine ernährungstherapeutische Unterstützung (Urk. 6/75/22-23 S. 2). 3.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

Nach einem Aufenthalt vom 15. April bis 28. Juni 2019 nannten die Ärzte der Klinik F.____ im Austrittsbericht vom 3. Juli 2019 neben den bekannten somatischen Diagnosen insbesondere folgende Diagnosen (Urk. 6/77 S. 1 f.): - undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) - depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung bei Kriegstraumatisierung (ICD-10 F43.1)

Der Beschwerdeführer habe sehr motiviert am Gesamtprogramm teilgenommen, den Entspannungseinheiten sei er ebenso positiv eingestellt gegenüber gestanden wie der Bewegungstherapie und auch in den Einzelpsychotherapiestunden habe er sich zunehmend geöffnet. Es sei eine leichte Besserung bezüglich der Bauchschmerzen sowie eine verbesserte Schlafqualität bei anhaltenden ungefährlichen Vorfällen von Unterzuckerung eingetreten. Solche würden beim Beschwerdeführer sehr schnell sehr viel Angst auslösen. Auf der Funktionsebene sei der Beschwerdeführer noch leicht reduziert belastbar, es werde eine Teilarbeitsfähigkeit attestiert und ein langsamer Wiedereinstieg in eine Tätigkeit mit wechsel seitigen Belastungen empfohlen (S. 3). Eine detaillierte Einschätzung der Einschränkungen durch die somatischen Beschwerden könne nicht abschliessend vorgenommen werden, allerdings habe eine reduzierte Belastbarkeit der rechten Hand beobachtet werden können und einige Bewegungen seien auch mit Schmerzen im Bauchbereich verbunden. Dem psychischen Aspekt der Bauchschmerzen und der Verstärkung der Symptome des Unterzuckers durch rasch einsetzende Ängstlichkeit bei

leichtem Schwindel solle durch ein Arbeitsumfeld mit wenig Hektik, wechselseitigen Belastungen, klaren Vorgaben auch im Sinne von limitierenden, den Beschwerdeführer in seinem Überengagement bremsenden Rahmenbedingungen und der Möglichkeit auf regelmässige Gespräche mit Vor gesetzten begegnet werden. Inwieweit ein e vollständige Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne, könne nicht abschliessend eingeschätzt werden (S. 4). Im Therapieverlauf habe sich herauskristallisiert, dass sich Belastungen und erhöhte psychische Anspannungen immer wieder stärker in Bauchschmerzen nieder geschlagen hätten. Innerhalb der physiotherapeutischen Behandlung habe nur bedingt eine Verbesserung erzielt werden können, allerdings hätten Aufmerksamkeit und Zuwendung sowie eine zusätzliche Anleitung zu Entspannungstechniken mehr positiven Einfluss auf die Beschwerden gehabt. Die körperliche Leistungsfähigkeit habe sich deutlich verbessert und der Beschwerdeführer könne am All tag wieder mobiler und aktiver teilnehmen (S. 6). 3.

E. 9

Nach einem Erstgespräch am 1. Juli 2019 nannte die Psychiaterin Dr. med. G.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in ihrem Bericht vom 12. September 2019 folgende Diagnosen (Urk. 6/96/228-230 S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F45.1) - Verdacht auf undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) - Verdacht auf Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01)

Der Beschwerdeführer nenne die somatischen Beschwerden in Zusammenhang mit aktuell praktisch täglich auftretenden Angstattacken und berichte gleichzeitig über agoraphobische Ängste unter vielen Menschen und auch über ein dies bezügliches Vermeidungsverhalten. Es bestehe eine deutliche Beeinträchtigung der Alltagsfunktionalität, eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wäre klar indiziert. Trotz gegenteilig geäussertes Absicht habe sich der Beschwerdeführer nicht mehr für einen weiteren Termin gemeldet, so dass die Behandlung als beendet betrachtet werde (S. 3). 3.

E. 10

In seinem Bericht vom 21. September 2019 nannte der Arzt des Kantonsspitals Y.____ , Departement Chirurgie, insbesondere folgende Diagnosen (Urk. 6/106/7-9 S. 1): - persistierende Handgelenksschmerzen rechts mit Ausstrahlung in den Unterarm bei multiplen Ganglien des Handgelenks und der Handwurzel rechts - Status nach mehrfachen Ganglionrezidiv -Operationen radiokarpal rechts

Klinisch und bildgeberisch liege ein allgemeiner Reizzustand des Handgelenks und der Handwurzel vor. Im Vergleich zu vor etwa einem Jahr zeigten sich zahl reiche neue Ganglien, die sich jedoch nicht im Bereich des ehemaligen Rezidivs entwickelt hätten. Aufgrund der multiplen Veränderungen, des universellen Reiz zustandes sowie der zahlreich neu aufgetretenen Ganglien ohne Bezug zum ehemaligen Operationsgebiet halte er eine operative Therapie derzeit für wenig ziel führend, zumal davon auszugehen sei, dass sich die Situation nicht wesentlich verbessern werde. Warum eine allgemeine Reizung der Gelenke vorliege, sei so nicht klärbar . Über typische Beschwerden, die für eine rheumatische Erkrankung sprechen würden, klage der Beschwerdeführer nicht. Dennoch sei eine rheumatische Vorstellung zur Abklärung der Situation sinnvoll, da es kein auslösendes Ereignis für den Reizzustand gebe. Grundsätzlich seien die neu auf getretenen Ganglien operabel, was jedoch aufgrund der Multilokularität und der ausgedehnten Befunde von fraglichem Nutzen sei (S. 3). 3.

E. 11

Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie, hielt in seinem Bericht vom 26. November 2019 bei bekannten Diagnosen (Urk. 6/96/181-183 S. 1 f.) fest, aus rheumatologischer Sicht leide der Beschwerdeführer einzig unter den radialseitigen Handbeschwerden rechts, ansonsten lägen keine weiteren Gelenksbeschwerden vor. Systemanamnestisch gebe es keine Hinweise auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung (S. 2). Auf weiterführende Abklärungen könne verzichtet werden. Gegenüber weiteren Operationen im Bereich der Ganglien sei er äusserst zurückhaltend eingestellt (S. 3). 3.

E. 12

In ihrem Bericht vom 22. Juni 2020 (Urk. 6/96/43-46) führte Dr. D.____ aus, der Beschwerdeführer habe das Zielgewicht erreicht. Als signifikante Begleiterkrankungen lägen mentale und psychische Begleiterkrankungen vor (S. 2). Der Beschwerdeführer habe einmal an einem Dumping gelitten, mehr Probleme bereite ihm aber der Darm mit den Durchfällen, er habe bis zu zehnmal pro Tag Stuhlgang. Es sei daher eine Therapie mit Tinctura

opii initialisiert worden (S. 4). 3.

E. 13

Dr. C.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 3. Juni 2020 (Urk. 6/176-177) unklare (zwischenzeitlich chronische) Schmerzen in Unterarm und Hand rechts inklusive Sensibilitätsstörungen der Finger I bis III (S. 1). Von neurologischer Seite könne weiterhin kein sicher fassbares organisch-neurologisches Korrelat für die geklagten Schmerzen (inklusive Sensibilitätsstörungen) nachgewiesen werden. Aus neurologischer Sicht bestehe kein dringender Handlungsbedarf (S. 2). 3.

E. 14

In ihrem Bericht vom 18. August 2020 führte Dr. D.____

bei bekannten Diagnosen (Urk. 6/99 S. 1 f.) aus, der Beschwerdeführer sei zwar immer noch motiviert für eine Arbeitstätigkeit, allerdings sei die Arbeitsfähigkeit insbesondere körperlich, aber auch psychisch, stark anzuzweifeln. Er stehe unter massivem psychischem Druck und mache wichtige Akzeptanzprozesse durch. Bezüglich der Dumping-Beschwerden werde aktuell eine Verlaufsmessung eines kontinuierlichen Glukosemonitoring durchgeführt, die Durchfälle würden medikamentös behandelt. Der Beschwerdeführer könne weiterhin von einer engmaschigen psychologischen und ärztlichen Unterstützung profitieren (S. 2). Seit Januar 2020 sei die Situation recht stabil, aber nicht gebessert. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf in nächster Zeit nicht wiedererlangen könne (S. 3). 3.

E. 15

Am 11. August 2021 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch die Ärzte des Z.____ internistisch, gastroenterologisch, orthopädisch sowie psychiatrisch begutachtet. In ihrem Gutachten vom 20. September 2021 (Urk. 6/122) nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10 f. Ziff. 4.2): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - chronisches Handgelenkssyndrom rechts mit diffuser Angabe von Schmerzen und Sensibilitätsstörungen an der rechten Hand/Handgelenk/Unterarm mit

freier Gelenkfunktion, unauffälliger Muskel ausprägung ohne Dystrophiezeichen - Status nach Anlage eines intermediären Magen-Bypasses im Juni 2017 - Status nach laparoskopischer Neuanlage einer Fusspunktanastomose im Februar 2020 bei persistierendem Dumping-Syndrom - Steatosis hepatis - NERD - Sigmadivertikulose - Hämorrhoiden Grad III - Status nach Hernierepair beidseits bei Leistenhernien im Juli 2021

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte so dann folgende (S. 11 f): - anamnestisch zervikospondylogenes Schmerzsyndrom, aktuell ohne Symptome bei freier Funktion in allen Wirbelsäulenabschnitten - anamnestisch Gonalgie rechts, aktuell symptomfrei und ohne Funktions störung des rechten Kniegelenks - psychische Faktoren bei der Bewältigung der Dumping-Symptomatik und der Stuhlnunregelmässigkeiten nach wiederholten Operationen im Bereich des Gastrointestinaltrak t es (ICD-10 F54) - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)

Bezüglich der gastroenterologischen Beschwerden hielten die Gutachter fest, d er Beschwerdeführer leide seit Jahren an Adipositas, welche im Jahre 2017 zu einem bariatrischen Eingriff geführt habe. Postoperativ habe sich ein diffuses Beschwerdebild mit Schmerzen an unterschiedlichen Stellen des Abdomens ent wickelt . Aktuell werde das klinische Bild durch Schmerzen im linken Hemi abdomen charakterisiert und es persistierten eine Stuhlnunregelmässigkeit mit Diarrhoen sowie eine durch Belastungen und Nahrungsmittelaufnahmen aus lösbare Schmerzsymptomatik in abdomine bei einem anhaltend erhöhten Körper gewicht von 100 kg, welches somit stabil verlaufe (S. 7).

Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht sei festzustellen, dass durch die vielfältigen Eingriffe am rechten Handgelenk gemäss den Angaben des Beschwerdeführers kein richtungsweisender Effekt habe erreicht werden können (S. 7 f.). Bei der aktuellen Untersuchung würden Schmerzen im Bereich der Hohlhand und am Carpus angegeben bei mehreren dezidiert genannten Lokalisationen , speziell im Bereich des Handgelenkspaltes palmar und dorsal. Angegeben würden eine Schmerzaus s trahlung in den Unterarm hinein, Sensibilitätsstörungen, speziell im Sinne einer herabgesetzten Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit, sowie ein plötzlich auftretender Kraftverlust der Hände. Inspektorisch lasse sich an den Händen keinerlei Seitendifferenz feststellen, weder bezüglich Hautfarbe, Haut temperatur, Behaarung noch Muskelausprägung an den oberen Extremitäten. Die Beweglichkeit des rechten Handgelenks sei vollkommen uneingeschränkt. Eine Schmerzhaftigkeit werde bei der Funktionsprüfung nicht angegeben, jedoch eine Druckschmerzhaftigkeit genannt. Bei der Kraftprüfung sei

beim Faustschluss der rechten Hand lediglich ein Drittel der Kraftausübung messbar. Festzustellen sei hierzu die deutliche Diskrepanz zwischen der guten Trophik der Muskulatur und der Kraftausübung. Die Röntgenaufnahme beider Handgelenke zeige allenfalls minimale degenerative Veränderungen, etwa seitengleich ausgeprägt im Bereich des Carpus (S. 8). Die vorliegenden und objektivierbaren rezidivierenden Reiz zustände am Carpus der rechten Hand lasse auf eine bisher unklare, jedoch reale Ursache dieser Reizzustände schliessen. In Anbetracht der seit Jahren bestehenden provozierbaren Reizzustände am rechten Handgelenk müsse von einer objektivierbaren Minderbelastbarkeit des rechten Carpus ausgegangen werden (S. 8 f.).

Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung stellten die Gutachter fest, der Beschwerdeführer sei in Armut aufgewachsen und habe früh Mitverantwortung für den Unterhalt seiner Familie übernehmen müssen. Obschon er dies als positive Erfahrung

verinnerlicht habe und weder diese noch die späteren Erlebnisse während des Krieges als beeinträchtigend für seine jetzige Gesundheit beschreibe, müsse davon ausgegangen werden, dass diese Belastungen bahrend für die Entwicklung der seit etwa dem Jahre 2010 langsam fortschreitenden chronischen Schmerzstörung seien. Ausschlaggebend für die Dekompensation dieser Störung und die Schwierigkeiten bei der Bewältigung seiner abdominalen Symptomatik seien aber die berufliche Desintegration und der damit einhergehende soziale Rollenverlust. Auch mache der Beschwerdeführer Angaben, welche darauf hin deuteten, dass, am ehesten aufgrund von Sprachschwierigkeiten, gewisse Informationen von Ärzten nicht richtig verstanden worden seien. Aufgrund seines dem entsprechend inadäquaten Krankheitsmodells halte sich der Beschwerdeführer für arbeitsunfähig. Rein psychiatrisch sei er aber, bis auf eine Minderung der Leistungsfähigkeit infolge des Schmerzerlebens, nicht in für die Arbeitsfähigkeit relevantem Ausmass beeinträchtigt (S. 9).

Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit führten die Gutachter aus, bezüglich des rechten Handgelenkes sei bereits seit Jahren von einer erhöhten Reizbarkeit auszugehen. Diese könne aufgrund der ersten Exzision des Handgelenksganglions bereits auf Mai 2010 datiert werden. Seit diesem Zeitpunkt sei der Beschwerdeführer für schwere körperliche Tätigkeiten mit der rechten Hand aufgrund der erhöhten Reizbarkeit im Bereich des rechten Carpus nicht geeignet (S. 9 f.). Aus allgemein-internistischer Sicht und insbesondere gastroenterologischer Sicht sei der Beschwerdeführer seit seinem ersten Eingriff im Juli 2017 jeweils in den post operativen Phasen für bis zu drei Monate in seiner Arbeitsfähigkeit komplett, respektive teilweise eingeschränkt. Nach Rekonvaleszenzzeiten von drei Monaten dürfe aber davon ausgegangen werden, dass die mit diesem Gutachten festgestellte Arbeitsfähigkeit immer wieder erreicht worden sei. Die zahlreichen Eingriffe an der rechten Hand hätten jeweils retrospektiv eine etwa sechs Wochen dauernde Arbeitsunfähigkeit nach sich gezogen. Aus psychiatrischer Sicht habe während des stationären Aufenthaltes in der Rehaklinik F.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, seither bestehe eine Minderung der Leistungsfähigkeit aufgrund des Schmerzerlebens (S. 10).

Bezüglich die funktionellen Auswirkungen der Diagnosen berichteten die Gutachter, aus orthopädischer Sicht könnten aufgrund der Funktionsstörung der rechten Hand keine schweren Tätigkeiten und keine repetitiven Arbeiten durchgeführt werden. Auch mittelschwere Tätigkeiten könnten nur kurzzeitig mit der rechten Hand erfolgen. Aus rein gastroenterologischer Sicht würden mit Blick auf die nun bald vierjährige Krankheitsgeschichte und die multiplen operativen Interventionen, welche wiederholt Adhäsionen in abdomine hätten erkennen lassen, Schmerzzustände in abdomine bei schweren körperlichen Belastungen plausibel erscheinen, weshalb solche Arbeitsprofile aktuell nur episodisch kurz zumutbar seien. In mittelschweren und leichten Arbeitsprofilen sei der Beschwerdeführer in einem 80%igen Arbeitspensum einsetzbar, wobei eine gewisse Rendementminderung aufgrund der gestörten intestinalen Funktion mit Diarrhoe und den gelegentlich auftretenden Schmerzen attestiert werden müsse. In diesen Arbeitsprofilen sei der Beschwerdeführer ganztägig mit der beschriebenen Rendementverminderung von 20 % einsetzbar. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund des Schmerzerlebens eine verminderte Belastbarkeit, welche sich in einem erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf äussere (S. 12 Ziff. 4.3).

Der Beschwerdeführer mache Angaben im Sinne einer unbelasteten prämorbidem Persönlichkeit, weise aber inzwischen hypochondrische Züge und ein inadäquat passives Bewältigungsverhalten auf, die seine Genesung und berufliche Reintegration behinderten. Eine konsequente Aufklärung und Erarbeitung aktiver und konstruktiver Bewältigungsstrategien in einer Psychotherapie wäre wünschenswert, um ihm wieder Zugang zu seinen früheren Ressourcen, vor allem seiner Eigenverantwortung und seiner Leistungsbereitschaft, zu ermöglichen (S. 12 Ziff. 4.4).

Innerhalb und ausserhalb der Familie sei der Beschwerdeführer in viele positive Beziehungen eingebunden und pflege diese regelmässig und aktiv. Die finanzielle Situation sei stabil und die Kinder seien gut integriert. Wesentliche Belastungen liessen sich nicht eruieren. Im Bereich des Bewegungssystems wirke der Beschwerdeführer ausgesprochen kräftig und gesund. Dies auch im Hinblick auf die Ausprägung der Muskulatur, unter anderem an den oberen Extremitäten. Dennoch sei von einer vermehrten Reizbarkeit des rechten Handgelenks mit Entwicklung von Ergüssen und Ganglien in den vergangenen Jahren auszugehen. Insofern bestehe eine relevante Belastungsverminderung bezüglich der Einsatzfähigkeit der dominanten rechten Hand. Aus allgemein-internistischer Sicht und insbesondere gastroenterologischer Sicht sei aufgrund des alterierten Intestinaltraktes nach multiplen bariatrischen Eingriffen eine gewisse Minderung der Ressourcenlage, welche in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgebildet sei, gegeben. Diese Einschränkungen dehnten sich auf sämtliche Aspekte des Alltags aus (S. 13 Ziff. 4.5).

Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den extremen berichteten Beschwerden und auch der Aussage «es wäre besser, die rechte Hand abzu schneiden» und den tatsächlichen Einschränkungen in diesem Bereich. So sei beispielsweise beim An- und Ausziehen durchaus ein Einsatz der rechten Hand zu beobachten. Zudem falle eine kräftige Muskelausprägung an der rechten oberen Extremität auf und die hierzu kontrastierende geringe Kraftausübung bei der Kraftmessung des Faustschlusses. Aus gastroenterologischer Sicht imponiere in der Untersuchungssituation eine massive Aggravation der abdominalen Schmerzsymptomatik, welche aber zu keinem adäquaten Vermeidungsverhalten führe, welches während der Beobachtungszeit in der Untersuchungssituation reproduziert werden könne. Entsprechend dieser Interpretation der Untersuchungsergebnisse im allgemein-internistischen und gastroenterologischen Status fänden sich auch in der Aktenlage Anmerkungen, dass von einem Dumping-Syndrom gesprochen werde, aber keine klare Diskrepanz zu Panikattacken respektive eine Überlagerung festgehalten sei. Insgesamt werde insbesondere die intestinale Schmerzproblematik nicht adäquat reproduziert. Aus psychiatrischer Sicht seien die Angaben des Beschwerdeführers und die Befunde insofern diskrepant, als der Beschwerdeführer sich als deutlich stärker beeinträchtigt erlebe als dies durch die klinischen Befunde, sowohl somatisch als auch psychiatrisch, begründet werden könne. Aus psychiatrischer Sicht entspreche dies einer Beschwerdeverdeutlichung (S. 13 f. Ziff. 4.6).

In den letzten Jahren sei der Beschwerdeführer als Facility-Manager tätig gewesen. Diese Tätigkeit umfasse entsprechend des Arbeitsprofils auch schwere körperliche Belastungen, für welche der Beschwerdeführer sowohl aus gastroenterologischer als auch orthopädischer Sicht nicht geeignet sei. Der aktuelle Grad der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde etwa ab Mai 2012, dem Zeitpunkt der Exzision einer Epidermoid-Zyste und Varixknoten in der Hohlhand rechts eingeschätzt (S. 14 Ziff. 4.7). Aus orthopädischer Sicht könnten leichte Tätigkeiten, ohne stärkere Belastung der rechten Hand mit Gewichten regelmässig über

5 kg und ohne repetitive Tätigkeit vollschichtig und ohne Leistungsminderung durchgeführt werden. Diese Einschränkung des Belastungs profils habe sich auf orthopädischem Fachgebiet seit Mai 2010 sukzessive entwickelt, der aktuelle Grad der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde etwa ab Mai 2012 eingeschätzt. Aus gastroenterologischer und allgemein-internistischer Sicht sei der Beschwerdeführer in einem 80%-Pensum ganztägig in mittel schweren und leichten Arbeitsprofilen einsetzbar. Die 20%ige Arbeitsminderung resultiere aus der oben erläuterten Rendementverminderung. Diese Beurteilung gelte ab dem Gutachten. Aus psychiatrischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit um 30 % eingeschränkt. Hierin sei die Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus gastroenterologischen Gründen bereits enthalten. Diese Einschätzung gelte seit Austritt aus der Rehaklinik F. ___ im Jahre 2019. Die Begründung für die Minderung der Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht liege im erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf im Rahmen der chronischen Schmerzstörung (S. 14 f. Ziff. 4.8). Zusammenfassend ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten von Präsenz 80 % mit einer Rendementminderung von 30 % (S. 15 Ziff. 4.9).

Aus dem gastroenterologischen Teilgutachten ergibt sich sodann, dass der Beschwerdeführer die in den Vorakten erwähnte Dumping-Symptomatik nicht beschrieben habe. Auch auf konkrete Nachfrage habe der Beschwerdeführer berichtet, nicht an dieser Symptomatik zu leiden. Spontan würden weiter keine Blutzuckermessungen angegeben, um allfällige Hypoglykämien zu dokumentieren. Zusammenfassend lägen eine bewegungsabhängige Schmerzsymptomatik sowie eine postprandiale Schmerzsymptomatik vor, welche in ihren Charakteristika uneinheitlich und inkohärent dargestellt würden (S. 68 Mitte). Bezüglich der Dumping-Symptomatik sei weiter festzuhalten, dass der Beschwerdeführer keine Diätvorschriften befolge und diese auch nicht als Beschwerdebild anführe. Insgesamt fände sich eine seit der Erstoperation im Juli 2017 inkonsistente abdominale Symptomatik, welche keinen sicheren strukturellen Läsionen zugeordnet werden könne. Namentlich das Fehlen eines weiteren Gewichtsverlustes spreche dafür, dass bezüglich der Einnahme von Lebensmitteln kein Vermeidungsverhalten festzustellen sei, was Rückschlüsse auf die Intensität einer dem Intestinaltrakt entspringenden Schmerzsymptomatik ermögliche. Auch der fehlende Ausbau von Analgetika als proaktive Massnahme bei entsprechendem Leidensdruck relativiere die abdominale Schmerzsymptomatik in hohem Masse (S. 69 Ziff. 7.3).

In seinem Teilgutachten führte der psychiatrische Gutachter aus, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem Jahre 2019 in regelmässiger supportiver Psychotherapie und nehme 50 mg Saroten am Abend ein, womit die Schmerzstörung und die damit einhergehenden Schlafstörungen gelindert werden könnten. Die dysfunktionalen Aspekte der Krankheitsverarbeitung und insbesondere die inadäquate Invaliditätsüberzeugung hätten aber noch nicht wesentlich beeinflusst werden können (S. 77 Ziff. 7.2). Der Beschwerdeführer mache Angaben im Sinne einer unbelasteten prämorbidem Persönlichkeit, weise aber inzwischen hypochondrische Züge und ein inadäquat passives Bewältigungsverhalten auf, was seine Genesung und berufliche Reintegration behindere. Eine konsequente Aufklärung und Erarbeitung aktiver und konstruktiver Bewältigungsstrategien in der Psychotherapie wäre wünschenswert, um ihm den Zugang zu seinen früheren Ressourcen, vor allem seiner Eigenverantwortung und seiner Leistungsbereitschaft, wieder zu ermöglichen. Er sei innerhalb und ausserhalb der Familie in viele positive Beziehungen eingebunden und pflege diese regelmässig und aktiv. Die

finanzielle Situation sei stabil und die Kinder seien gut integriert. Wesentliche Belastungen liessen sich nicht eruieren (S. 77 f. Ziff. 7.4). Aus psychiatrischer Sicht sei die angestammte Tätigkeit weiterhin möglich, mit Ausnahme körperlich schwerer Arbeit. Rein psychiatrisch sei der Beschwerdeführer aufgrund seines Schmerzerlebens etwas vermindert belastbar und benötige mehr Pausen. Grundsätzlich sei er aber voll schichtig arbeitsfähig und lediglich in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (S. 78 Ziff. 8.2). Die bereits eingeleitete Psychopharmakotherapie und die Psychotherapie sollten fortgesetzt werden, in deren Rahmen intensiver aufgeklärt und an einer konstruktiveren und aktiveren Krankheitsbewältigung gearbeitet werden, um den Beschwerdeführer zur Teilnahme an beruflichen Massnahmen zu befähigen. Eine nennenswerte Besserung der Arbeitsfähigkeit sei jedoch nicht zu erwarten (S. 78 Ziff. 8.3). 3.16

Am 8. Dezember 2021 wies die RAD-Ärztin dipl.-med.

I.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin

sowie für Prävention und Public Health, entgegen der Ersteinschätzung durch RAD-Arzt Dr. med. J.____, Facharzt für Chirurgie, (vgl. Urk. 6/126 S. 11) darauf hin, dass gemäss Gutachten gesamtthaft eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bei 30%iger Rendementminderung resultiere (Urk. 6/126 S. 13). Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei momentan jedoch unklar, ob und warum eine Addition der Arbeitsunfähigkeiten vorgenommen worden sei (S. 14). 3.

E. 17

Auf entsprechende Nachfrage der Beschwerdegegnerin führten die Gutachter am 6. Januar 2022 aus, aus somatischer Sicht ergebe sich zusammengenommen für leichte Tätigkeiten ein mögliches Pensum von 80 % mit einer Rendementminderung von 20 %. Aus psychiatrischer Sicht erscheine eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um insgesamt 30 % plausibel, wobei hierbei die Einschränkung aus gastroenterologischer Sicht bereits berücksichtigt sei. Zusammenfassend ergebe sich damit eine Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten mit einer Präsenz von 80 % und einer Rendementminderung von 20 % (Urk. 6/124 S. 2). 3.

E. 18

Am 11. Januar 2022 hielt dipl.-med.

I.____ fest, gemäss den Angaben der Gutachter sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Hausmeister seit Mai 2012 vollständig arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil bestehe seit Mai 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % aus gastroenterologischer und allgemein-internistischer Sicht sowie seit Mai 2019 eine solche von 30 % aus psychiatrischer Sicht. Gesamtthaft resultiere eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bei 20 % Rendementminderung. Begründet werde die nun reduzierte Rendementminderung im Vergleich zur ursprünglichen Fassung mit dem Sachverhalt, dass die Einschränkung, welche aus der gastroenterologischen Erkrankung resultiere, bei der Festlegung der Rendements aus psychiatrischer Sicht bereits enthalten sei. Die Addition der Arbeitsunfähigkeiten sei revidiert und entschuldigt worden (Urk. 6/126 S. 14). 3.

E. 19

Dr. D.____ führte in ihrer Stellungnahme vom 21. Februar 2022 (Urk. 6/136) aus, aufgrund ihrer Einschätzung sei der Beschwerdeführer aufgrund der körperlichen sowie psychischen Leiden zu jeweils 30 - 40 % arbeitsunfähig. Infolge mehrfacher Operationen am Bauch

habe der Beschwerdeführer einen Verwachsungsbauch mit chronischen Schmerzen entwickelt, es liege ein chronisches Schmerzsyndrom vor. Zudem habe er Leistenbrüche entwickelt und diesbezüglich operiert werden müssen (S. 1 f.). Zusätzlich bestünden rezidivierende Ganglien im Bereich der rechten Hand, welche den Gebrauch der rechten Hand zunehmend einschränkten. Weiter habe der Beschwerdeführer nach der zweiten Operation ein Dumping-II-Syndrom entwickelt. Durch eine medikamentöse und nochmalige chirurgische Therapie hätten die Symptome etwas reduziert werden können, nichtsdestotrotz habe der Beschwerdeführer zwei- bis dreimal pro Woche weiterhin grosse Probleme mit diesem Thema. Dies sei häufig unvorhergesehen und beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit. Diese Themen beeinflussten den Beschwerdeführer auf verschiedenste Art und Weise, jede Problematik für sich genommen beeinträchtige ihn wahrscheinlich um 10-20 %, alle zusammen um etwa 30-40 %. Zur psychischen Situation legte Dr. D.____ dar, der Beschwerdeführer habe durch die vielen Operationen ein chronisches Schmerzsyndrom, eine depressive Störung so wie eine Somatisierungsstörung entwickelt. Er stehe in ambulanter psychologischer Betreuung und sei von April bis Juni 2019 stationär behandelt worden. Eine weitere Verbesserung habe nicht erreicht werden können, ins besondere da zusätzlich eine Kriegstraumatisierung bestehe. Gesamthaft bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % (S. 2). 3.

E. 20

Der Hausarzt hielt mit Schreiben vom 22. Februar 2022 fest, das Dumping-Syndrom als Folgeerscheinung der Adipositaschirurgie

sei im Gutachten fälschlicherweise als nicht mehr vorhanden beschrieben und dementsprechend bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt worden sei. Im Alltag des Beschwerdeführers spiele das Dumping-Syndrom jedoch eine wesentliche Rolle. Am 14. Februar 2022 habe eine Episode mit ausgeprägter vegetativer Begleitsymptomatik mit Nausea, Schwitzen und Schwindel objektiviert werden können. Nach Angaben des Beschwerdeführers würden derlei Episoden mehrmals pro Woche auftreten. Je nachdem, ob sofortig Traubenzucker zur Verfügung stehe, erhole er sich innert einer halben Stunde oder leide mitunter während eines halben Tages unter Symptomen. Eine hypothetische Arbeitsfähigkeit an einem behinderungsgerechten Arbeitsplatz scheine daher um mindestens 20 % mehr eingeschränkt als in den Berichten angegeben (Urk. 6/137). 3.

E. 21

Nach einer konsiliarischen Untersuchung führte Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seinem Bericht vom 17. Mai 2022 (Urk. 6/141) aus, in der psychiatrischen Untersuchung präsentiere sich ein freundlicher, kooperativer, altersentsprechend wirkender Mann. Der Antrieb sei gerichtet, die Stimmungslage ausgeglichen, die affektive Schwingungsfähigkeit uneingeschränkt. Ein affektiver Rapport könne sehr gut hergestellt werden. Insgesamt bestünden eine leichte psychomotorische Unruhe und Aufgeregtheit. Zum aktuellen Zeitpunkt könne eine depressive Episode nicht bestätigt werden. Gedankenkreisen, Verzweiflung und intermittierend Suizidgedanken seien bei einem insgesamt stark erhöhten Erregungsniveau vorhanden. Dies werde reaktiv auf die körperliche Symptomatik im Sinne einer Anpassungsstörung mit länger dauernder depressiver Reaktion interpretiert. Es bestehe eine Wechselwirkung zwischen der Abdominalproblematik, den Handschmerzen und den genannten psychopathologischen

Symptomen. Hervorzuheben sei, dass aufgrund der belastenden Lebens- und gesundheitlichen Situation das Stress- und Erregungs niveau stark erhöht sei. Im Übrigen könne die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht bestätigt werden, hierzu fehlten die Hauptsymptome von Nachhallerinnerungen, Flashbacks, Affektverflachung oder Alpträumen. Als weitere psychiatrische Diagnose müsse eine Somatisierungsstörung angenommen werden. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, angestammt und angepasst, auf dem ersten Arbeitsmarkt von zirka 30 %. Es bestünden hinsichtlich des allgemeinen Aktivitätsniveaus lediglich mittelgradige Einschränkungen in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie leichtgradig in der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Durchhalte-, Selbstbehauptungs- und Gruppenfähigkeit. Es werde die Wiederaufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung empfohlen, wobei der Beschwerdeführer von verhaltenstherapeutischen Massnahmen wie Erlernen und Training von Entspannungstechniken deutlich profitieren würde. Mit Abnahme des Erregungsniveaus würden sich auch die somatischen Symptome reduzieren lassen (S. 3). 3.22

Die übrigen bei den Akten liegenden Arztberichte enthalten keine für die Beurteilung des vorliegenden Falles relevante Angaben und insbesondere keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, weshalb auf deren detaillierte Wiedergabe verzichtet werden kann. 4. 4.1

Das Z. ___ -Gutachten, auf welches sich die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung des Invaliditätsgrades stützte, vermag den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1. 6) vollumfänglich zu genügen. Es erging unter Berücksichtigung der Akten, beruht auf einer sorgfältigen Erhebung der Anamnese sowie allseitigen Untersuchungen und ist ausführlich und schlüssig begründet, weshalb grundsätzlich darauf abzustellen ist. Unbestritten und durch das Gutachten ausgewiesen ist, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiter Facility Management nicht mehr zumutbar ist (E. 2.1-2, Urk. 6/122 S. 14 Ziff. 4.7). Der Beschwerdeführer macht jedoch geltend, das Gutachten trage seinen Beschwerden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht ausreichend Rechnung (vgl. vorstehend E. 2.2). 4.2

Was zunächst die somatischen Beschwerden betrifft, so gelangten die Z. ___ -Gutachter zum Schluss, in Anbetracht der seit Jahren bestehenden,

provozierbaren Reizzustände bestehe eine objektivierbare Minderbelastbarkeit der rechten Hand. Aufgrund der Funktionsstörung könne der Beschwerdeführer keine schweren Tätigkeiten und keine repetitiven Arbeiten durchführen. Auch mittel schwere Tätigkeiten könnten nur kurzzeitig mit der rechten Hand erfolgen. An angepasste Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer jedoch vollzeitig und ohne Leistungsminderung zumutbar. Bezüglich der gastroenterologischen Beschwerden werde das klinische Bild durch Schmerzen im linken Hemiabdomen charakterisiert und es persistierten eine Stuhlunregelmässigkeit mit Diarrhoen sowie eine durch Belastungen und Nahrungsmittelaufnahmen auslösbare Schmerzsymptomatik bei stabil verlaufendem Körpergewicht. Schmerzzustände bei schweren körperlichen Belastungen würden plausibel erscheinen. In mittel schweren und leichten Arbeitsprofilen sei der Beschwerdeführer in einem 80%igen Arbeitspensum einsetzbar, wobei eine Rendementminderung von 20 % aufgrund der gestörten intestinalen Funktion bestehe. Diese Einschränkungen bestünden seit dem ersten Eingriff im Juli 2017 (E. 3.15).

Dieser Beurteilung durch die Z.____ -Gutachter stehen auch die übrigen medizinischen Berichte nicht entgegen. In einer ersten Prognose hatten die Ärzte des Zentrums E.____ im April 2019 nach erfolgreicher Rehabilitation eine Arbeitsfähigkeit in einer ganz leichten körperlichen Aktivität im Umfang von 25 bis 50 % für möglich gehalten (E. 3.6). Dr. D.____ ging im Februar 2022 sodann davon aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund der körperlichen Leiden zu 30-40 % arbeits unfähig sei (E. 3.19). Im Übrigen verneinte dieser im Rahmen der gastro enterologischen Begutachtung auf entsprechende Nachfrage ausdrücklich das Vorliegen einer Dumping-Symptomatik und berichtete auch nicht über Blut zuckermessungen, um allfällige Hypoglykämien zu dokumentieren (Urk. 6/122 S. 68).

Aus somatischer Sicht ist der medizinische Sachverhalt damit als dahingehend erstellt zu betrachten, dass dem Beschwerdeführer seit der ersten Operation im Juli 2017 in einer den Beeinträchtigungen angepassten, körperlich leichten Tätigkeit ohne stärkere Belastung der rechten Hand mit Gewichten regelmässig über 5 kg und ohne repetitive Tätigkeiten grundsätzlich ein Pensum von 80 % zugemutet werden kann, wobei eine zusätzliche Rendementminderung von 20 % besteht. Daraus ergibt sich eine Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht von ins gesamt 64 % (80

% : 100 x 80) . 4.3

Auch bezüglich der psychiatrischen Beschwerden kann grundsätzlich von der im Z.____ -Gutachten attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30 % ausgegangen werden. Die Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 6/122/71-78) sind zwar eher etwas knapp gehalten , decken sich jedoch sowohl mit der Einschätzung durch Dr. D.____

als auch Dr. K.____ . Dr. D.____ führte in ihrer Stellungnahme vom 21. Februar 2022 aus, der Beschwerdeführer sei aufgrund des psychischen Leidens ebenfalls zu 30 bis 40 % arbeitsunfähig. Sie legte jedoch nicht begründet dar, weshalb die attestierten Arbeitsunfähigkeiten aus somatischen sowie psychiatrischen Gründen zu addieren seien (E. 3.19).

Die Einschätzung durch Dr. K.____ , welcher in seinem Konsiliarbericht vom 17. Mai 2022 ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % attestiert hatte, deckt sich sodann mit derjenigen im Z.____ -Gutachten (E. 3.21).

Nachdem vorliegend keine Aspekte ersichtlich sind , weshalb die Arbeitsunfähigkeiten aus somatischen sowie psychischen Gründen zu addieren wären, und der Beschwerdeführer bereits aus somatischen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit im Umfang von 36 % eingeschränkt ist, kann im Weiteren offenbleiben, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Auf die Durchführung einer Prüfung der massgebenden Standardindikatoren kann deshalb verzichtet werden. 4.4

Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiter Facility Management nicht mehr arbeitsfähig ist, ihm jedoch seit Juli 2017 eine körperlich leichte Tätigkeit ohne stärkere Belastung der rechten Hand mit Gewichten regelmässig über 5 kg und ohne repetitive Tätigkeiten in einem Pensum von 80 % mit einer Rendementminderung von 20 %, mithin insgesamt 64 %, zugemutet werden kann. 5.

Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der bestehenden Einschränkungen mittels Einkommensvergleich.

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. 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).

Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches. Angesichts der bei der Beschwerdegegnerin am 12. Juni 2018 eingegangenen Anmeldung (Urk. 6/31) besteht ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab dem 1. Dezember 2018. Für die Vornahme des Einkommensvergleiches ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2018, abzustellen

(BGE 128 V 174, BGE 129 V 222) . 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns 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 fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (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).

Vor Eintritt des Gesundheitsschadens arbeitete der Beschwerdeführer seit Januar 2008 in einem vollen Pensum als Mitarbeiter Facility Management (Urk. 6/52 Ziff. 2.1, 2.7 und 2.9). Gemäss den Angaben im Arbeitgeberbericht betrug der Lohn im Jahre 2017 Fr. 59'319.-- (Urk. 6/52 Ziff. 2.10). Unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung (Schweizerischer Lohnindex insgesamt [1939 = 100], Männer, Stand 2017: 2249, Stand 2018 : 2260 ; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Löhne/Erwerbseinkommen, detaillierte Daten, Lohnentwicklung) ergibt sich damit für das Jahr 2018 ein durchschnittliches Valideneinkommen in der Höhe von rund Fr. 59'609.-- (Fr. 59'319.-- : 2249 x 2260) .

Im Jahre 2018 betrug das Durchschnittseinkommen von Männern für das Erbringen sonstiger Dienstleistungen Fr. 4'804.-- monatlich (Lohnstruktur erhebungen (LSE) 2018, Tabelle TA1, Ziff. 94-96 Niveau 1), mithin Fr. 57'648.-- pro Jahr (Fr. 4'804.-- x 12). Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.8 Wochenstunden (betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, S 94-96 Erbringung von sonstigen Dienstleistungen; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, detaillierte Daten) ergibt sich für das Jahr 2018 ein Jahreseinkommen von rund Fr. 60'242.-- (Fr. 57'648.-- : 40 x 41.8). Das vom Beschwerdeführer tatsächlich erzielte Einkommen von Fr. 59'609.-- lag somit Fr. 633.--

beziehungsweise 1.05 % unter dem branchenüblichen Durchschnittseinkommen. Ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung liegt jedoch erst vor, wenn der tatsächlich erzielte Verdienst mindestens 5 % vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn abweicht (vgl. BGE 134 V 322 E. 4, BGE 135 V 297 E. 6.1.2). Eine Parallelisierung ist damit entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 10 Rz 28) nicht vorzunehmen. 5.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch heraus gegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Nachdem der Beschwerdeführer aktuell keiner Tätigkeit nachgeht, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne zu ermitteln. Gemäss der Beurteilung im Z. ___ -Gutachten kann dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte Tätigkeit ohne stärkere Belastung der rechten Hand mit Gewichten regel mässig über 5 kg und ohne repetitive Tätigkeiten zugemutet werden, wobei für eine solche Tätigkeit unter Berücksichtigung der Rendementminderung eine Arbeitsfähigkeit von insgesamt 64 % besteht (E. 4.2). Im Jahre 2018

belief sich der Tabellenlohn für Männer, die einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art ausführen, auf Fr. 5'417.-- monatlich (LSE 2018, Tabelle TA1, Total, Niveau 1), mithin Fr. 65'004.-- im Jahr (Fr. 5'417.-- x 12). Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden (betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total; vgl. vorstehend E. 5.2) ergibt sich für das Jahr 2018 ein Invalideneinkommen von rund Fr. 67'767.-- (Fr. 65'004.-- : 40 x 41.7). Nachdem dem Beschwerdeführer auch eine leidensangepasste Tätigkeit lediglich noch im Umfang von 64 % zugemutet werden kann, ist insgesamt von einem Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 43'370.-- (Fr. 67'767.-- x 0.64) auszugehen. 5.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht

übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2).

Die Beschwerdegegnerin nahm keinen leidensbedingten Abzug vor (Urk. 6/125 S. 2) , wohingegen der Beschwerdeführer aufgrund des zumutbaren Teilzeitpensums sowie der bestehenden Einschränkungen einen solchen von mindestens 10 % geltend machte (Urk. 1 S. 10 f. Rz 29).

Rechtsprechungsgemäss ist der Umstand allein, dass nur noch leichte bis mittel schwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2 mit Hinweisen). Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer aufgrund der gastroenterologischen Beschwerden vermehrt Pausen benötigt, wurde sodann bereits bei der Festlegung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit berücksichtigt.

Nach der neueren Praxis des Bundesgerichts ist ein Abzug bei Männern wegen Teilzeitbeschäftigung nicht mehr automatisch vorzunehmen. Ob sich eine entsprechende Reduktion rechtfertigt, ist stets mit Blick auf den konkreten Beschäftigungsgrad und die jeweils aktuellen Werte zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_561/2018 vom 4. März 2019 E. 4.3.1). Laut der gestützt auf die LSE 2018 erstellten Tabelle T18 zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittslöhnen besteht bei einem Beschäftigungsgrad von 50 - 74 % bei Männern auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung (ohne Kaderfunktion) zwischen dem Durchschnittslohn bei einem Teilzeitpensum von 50-74 % proportional bezogen auf ein 100 %-Pensum (Fr. 5' 897.--) und dem Durchschnittslohn bei einem Vollzeitpensum (Fr. 6' 144.--) eine Differenz von Fr. 247.-- oder 4 %. Dies stellt aber rechtsprechungsgemäss keine überproportionale Lohneinbusse dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_223/2020 vom 25. Mai 2020 E. 4.3.2) .

Nachdem der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit aufgrund der Beschwerden in der rechten Hand sowie der Folgen der Magenbypass-Operation dahingehend eingeschränkt

ist, dass ihm lediglich noch körperlich leichte Tätigkeiten ohne stärkere Belastungen der rechten Hand mit Gewichten regelmässig über 5 kg und ohne repetitive Tätigkeiten in einem reduzierten Pensum zugemutet werden können, ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, welche keinen Leidensabzug vorgenommen hat, nicht zu beanstanden. Selbst wenn zugunsten des Beschwerdeführers von einem Abzug von 5 % ausgegangen würde, führte dies - wie nachfolgend zu zeigen ist - nicht zu einem Rentenanspruch. 5.5

Selbst unter Berücksichtigung eines Abzuges von 5 % (vgl. vorstehend E. 5.4) beträgt das Invalideneinkommen rund Fr. 41'202.-- (Fr. 43'370.-- x 0.95; vgl. vorstehend E. 5.3). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 59'609.-- liegt damit eine Einkommenseinbusse von Fr. 18'407.-- vor, was einem renten ausschliessenden Invaliditätsgrad von 30.87 % entspricht.

Die angefochtene Verfügung vom 1. Juni 2022 erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler unter Beilage einer Kopie von Urk. 8-9 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Grieder-Martens Kübler-Zillig

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