

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00380 vom 4. Juni 2024**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-06-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00380](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00380)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00380 du 4 juin 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00380 del 4 giugno 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1969, war seit Mai 2017 beim Hotel Y.\_\_\_\_

als Office -Mitarbeiter tätig (Urk. 6/2 S.).

#### **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 Juni 2019 anhängig gemachten IV-Anmeldung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Dezember 2019 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**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 1.4**

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 12.2023 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C\_385/2023 vom 30. November 2023 E. 4.2.1). 2.

### **E. 2**

Ziff. 3), als er sich am 21. Mai 2019 unter Hinweis auf Knie-/Gelenkbeschwerden bei der Invalidenversicherung zur Früherfassung anmeldete ( Urk.

### **E. 2.1**

und Ziff. 3.1).

Am 17. Februar 2021 berichteten die Ärzte über die Verlaufskontrolle vom 16. Februar 2021, die keine neuen Erkenntnisse im Vergleich zur Voruntersuchung bei stabiler Prothese und sichtbarer Schwellung lateral der Patella ergeben habe. Insgesamt bestehe jedoch nur ein mässiger Kniegelenkerguss. Aktuell scheine die patellofemorale Symptomatik im Vordergrund zu stehen mit anterioren Knieschmerzen und Schmerzen über dem lateralen Kompartiment ( Urk. 6/65 ; vgl. auch Bericht vom 19. August 2021 in Urk. 6/81/4-6 ). 3.8

Dr. A.\_\_\_\_ berichtete am 27. August 2021 über einen verschlechterten Zustand. Zurzeit bestehe eine Verschlechterung der Beinsituation mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit bei geringer Motivation ( Urk. 6/79). 3.9

Am 10. Mai 2022 berichteten die Ärzte der Universitätsklinik Z.\_\_\_\_ über die Operationsbesprechung vom 28. April 2022. Beim Beschwerdeführer zeige sich eine schmerzhaft Knieprothese rechts bei möglicher allergischer Genese, Differentialdiagnose Instabilität der Patella. Eine Infektion sei ausgeschlossen worden. Operativ sei eine Knie totalprothesenrevision mit hypoallergenem Implantat sowie Retropatellarersatz anzubieten, dies aber ohne Garantie für eine deutliche Besserung der Beschwerden. Der Beschwerdeführer wünsche aktuell das Weiterführen der konservativen Therapien. Eine körperlich stehende Tätigkeit sei aktuell unmöglich ( Urk. 6/85). 3.

## E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) geltend, gestützt auf die Ausführungen des leitenden Arztes der Orthopädie der Universitätsklinik Z.\_\_\_\_

(vgl. Urk. 3) sei eine Reevaluation des Invaliditätsgrades vorzunehmen.

## E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 3. 3.1

Die Ärzte der Universitätsklinik Z.\_\_\_\_, Kniechirurgie, berichteten am 5. Mai 2019 (Urk. 6/18/4-6) zuhause des vertrauensärztlichen Dienstes der Hotelkrankenversicherung, nannten als Diagnose eine Gonarthrose beidseits, rechts mehr als links, Differentialdiagnose rheumatoide Genese mit/bei Varusbeinachse 0° rechts, 4° links und führten aus, der klare Zeitpunkt des Beschwerdebegins sei nicht eruierbar (S. 1). Bei der Erstvorstellung am 28. März 2019 hätten die Beschwerden schon seit längerer Zeit bestanden. Bei grossem Erguss sei eine Punktion der Knie durchgeführt worden mit mikrobiologischer Untersuchung, um einen Infekt auszuschliessen. Dieser sei ausgeschlossen worden, also sei eine Kniegelenksinfektion in die Wege geleitet worden. Der Beschwerdeführer werde in zwei bis drei

Monaten erneut kontrolliert. Je nach Wirkung der Infiltration sei die Prognose kurz- bis mittelfristig gut. Langfristig werde gegebenenfalls ein Gelenkersatz notwendig sein. Je nach Beschwerden sei eine Bürotätigkeit beziehungsweise eine Tätigkeit ohne besondere Belastung der Kniegelenke möglich. Die Arbeitsfähigkeit könne durch das Vermeiden kniegelenksbelastender Tätigkeiten verbessert werden (S. 2).

### 3.2

Die Ärzte der Universitätsklinik Z.\_\_\_\_, Kniechirurgie, berichteten am 3. Oktober 2019 (Urk. 6/24) zuhause des vertrauensärztlichen Dienstes der Beschwerdeführerin und führten aus, in einer körperlich belastenden Tätigkeit sei eine Arbeitsunfähigkeit bis 6 Wochen postoperativ möglich. Zum aktuellen Zeitpunkt lasse sich nur schwer sagen, ob die angestammte Tätigkeit noch zumutbar sei. Aktuell sei noch nicht absehbar, wie gut der Beschwerdeführer von der Operation profitiert habe. Höchstwahrscheinlich sei eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft möglich. Zum aktuellen Zeitpunkt bei gutem postoperativem Verlauf sei eine Wiederaufnahme der Arbeit möglich. Ärztliche Einschränkungen oder Limiten bestünden keine. Ein Steigerungsplan sei sehr sinnvoll (S. 1). Aufgrund der bestehenden Gonarthrose rechts sei eine körperlich weniger belastende Tätigkeit mit wechselnd sitzender, stehender, gehender Tätigkeit am besten. Kurz- oder mittelfristig sei auch beim linken Knie möglich, dass eine Operation notwendig werde (S. 2). 3.3

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 24. Oktober 2019 (Urk. 6/25) und nannte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1): - Gonarthrose rechts mit medialer und lateraler Meniskusläsion - Gonarthrose links mit medialer und lateraler Meniskusläsion

Er führte aus, es bestünden postoperativ nach stationärer Behandlung in der Universitätsklinik Z.\_\_\_\_ vom 26. bis 27. August 2019 (Ziff. 3; vgl. Operationsbericht vom 26. August 2019 in Urk. 6/36/18-19) reizlose Wunden, welche gut abgeheilt seien, jedoch noch Schmerzen beim Gehen, Treppensteigen und bei Belastung. Ende September hätten noch eine deutliche Flexionseinschränkung im rechten Knie, eine Druckdolenz

popliteal rechts, infrapatellär beidseits eine Druckdolenz sowie eine Schwellung des rechten Knies bestanden. Die Prognose sei gut. Es gebe keine besonderen Umstände, welche den Heilungsverlauf beeinflussen würden. Es bestünden keine psychischen oder geistigen Einschränkungen ( Ziff. 4) . Es habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 7. Februar 2019 bis

14. Juni 2019, eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit vom 15. Juni 2019 bis

30. Juni

2019, eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Juli 2019 bis

25. August

2019 und wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 26. August

2019 bis 31. Oktober 2019 bestanden ( Ziff. 5) . Die Arbeitsfähigkeit beziehungsweise die Wiederaufnahme der Arbeit könne durch Physiotherapie und ein konsequent durchgeführtes Heimprogramm verbessert werden ( Ziff. 6) . Die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise die Erhöhung der Einsatzfähigkeit werde von den Ärzten der Universitätsklinik

Z.\_\_\_\_ bestimmt. Eine Tätigkeit in einer anderen Arbeitsumgebung sei zurzeit nicht möglich. Eine angepasste Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht ab dem von den Ärzten der Universitätsklinik

Z.\_\_\_\_ genannten Zeitpunkt zumutbar. Ein Coaching könnte die Rückkehr zur Arbeit positiv beeinflussen ( Ziff. 7) . 3.4

Am 9. Dezember 2019 führten die Ärzte der Universitätsklinik Z.\_\_\_\_ , Kniechirurgie, aus ( Urk. 6/27/7-10), für den Beschwerdeführer sei vom 26. August 2019 bis 6. September 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Reinigungshilfe attestiert worden (S. 1 Ziff. 1.3) . Sechs Wochen postoperativ bestehe eine unveränderte Schmerzpersistenz. Die Arthroskopie habe keine wesentliche Veränderung gebracht. Neu seien inguinale Schmerzen hinzugekommen. Nach Infiltration der Hüfte bestehe eine deutliche Beschwerdelinderung ebendort, jedoch weiterhin persistierende Knieschmerzen (S. 2 Ziff. 2.2) . Es bestehe eine Druckdolenz des gesamten rechten Knies, insbesondere über dem lateralen und medialen Gelenkspalt sowie ein leichtgradiger Patellaverschiebeschmerz (S. 2 Ziff. 2.4) . Zum aktuellen Zeitpunkt sei keine Prognose zur Arbeitsfähigkeit möglich. Die Implantation der Knieprothese sei die ultima

ratio aus chirurgischer Sicht (S. 3 Ziff. 2.7) . Nach Besserung der Hüftbeschwerden mit relevanten Restschmerzen des Knies mit hohem Leidensdruck sei trotz jungem Patientenalter die Indikation zur Implantation einer Knie totalprothese gestellt worden (S. 3 Ziff. 2.8) . Eine angepasste Tätigkeit sei sicherlich sinnvoll, auch nach der Implantation einer Knieprothese seien knieschonende Tätigkeiten zielführend (S. 4 Ziff. 5) . 3.5

Die Ärzte der Universitätsklinik Z.\_\_\_\_ , Kniechirurgie, berichteten am 8. Mai 2020 ( Urk. 6/38) über den Verlauf nach stattgehabter Knie-Totalendoprothese rechts am 13. Januar 2020 (vgl. Operationsbericht vom 13. Januar 2020 in Urk. 6/30/3-4) und nannten folgende Diagnosen (S. 1) : - Status nach computer-assistierter Knie-Totalendoprothese rechts am 13. Januar 2020 mit/bei - Status nach Kniearthroskopie und Teilmeniskektomie laterales Vorderhorn und Hinterhorn wurzelnahe, mediales Hinterhorn, Knorpeldébridement und Osteophytenabtragung kaudaler Patellapol rechts am 26. August 2019 mit/bei -

Gonarthrose rechts mit medialer und lateraler Meniskusläsion mit/bei - Varusbeinachse 0° -  
Gonarthrose links mit medialer und lateraler Meniskusläsion mit/bei - Varusbeinachse 4° -  
Oligosymptomatische Coxarthrose rechts

Sie führten aus, der Beschwerdeführer berichte über ein Knacken sowie über persistierende belastungsabhängige doch noch starke Schmerzen lateral und im Bereich Tuberositas

tibiae sowie auch im Bereich der Patellarsehne (S. 1 unten). Es bestehe ein guter, wenn auch leicht prolongierter Verlauf. Der Beschwerdeführer könne sich mit dem vorhandenen Bewegungsausmass von 120-5-0° bereits gut mobilisieren und bewegen. Er benötige nun intensiv Physiotherapie mit dem Ziel, das Bewegungsausmass zu steigern (S. 2). 3.6

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Orthopädie, erstattete sein orthopädisches Gutachten zuhanden der Krankentaggeldversicherung am 17. August 2020 (Urk. 6/46) und nannte folgende Diagnose n (S.

6): - schmerzhafte Belastungsinsuffizienz sowie Bewegungseinschränkung rechtes Kniegelenk mit rechtshinkendem Gangbild bei Implantation einer zementierten Knieendoprothese rechts vom 13. Januar 2020 mit neuropathischen Schmerzanteilen - persistierende Retropatellararthrose rechts - bekannte Hashimoto-Thyreoiditis - Status nach einmaligen paroxysmalen Lagerungsschwindel

Er führte aus, die aktuelle medizinische Behandlung bestehe in der Einnahme von Schmerzmitteln bis zu 4-5 Tabletten täglich sowie zweimal Physiotherapie pro Woche. Weiterhin gehe der Beschwerdeführer von sich aus zweimal in der Woche zum Schwimmen (S. 6 f.).

Beim Beschwerdeführer sei intraoperativ die laterale Patellafacette entfernt und ein sogenanntes Lengthening durchgeführt worden. Zum einen könne es hierbei zu einer iatrogenen Nervenläsion gekommen sein, eines Astes des Ramus infrapatellaris des rechten Kniegelenks. Diese Läsionen seien häufiger und führten teilweise zu starken neuropathischen Schmerzen. Weiterhin zeigten die Röntgenbilder vom 18. Mai 2020 aus der Universitätsklinik Z.\_\_\_\_, dass die Kniescheibe rechts zwar gut zentriert sei, aber sehr wenig Knorpel retropatellar vorhanden sei, so dass in diesem Fall wenigstens ein Gross teil der geklagten retropatellaren Beschwerden aus dem direkten Kontakt zwischen der Kniescheibenrückfläche und der Stahlprothese beziehungsweise des femoralen Anteils der Knieprothese resultiere. Ausserdem erkenne man im seitlichen Bild, dass die femorale Komponente zirka einen halben Zentimeter zu weit nach dorsal platziert worden sei, so dass bei entsprechender Beugung natürlich noch mehr Druck der Kniescheibe auf den femoralen Prothesenteil aufgebracht werde. Vor diesem Hintergrund sollte mit dem Beschwerdeführer besprochen werden, ob nicht ein sekundärer Ersatz der Kniescheibenrückfläche im Sinne eines Retropatellarersatzes sinnvoll sei. Die Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Küchenhelfer werde zum jetzigen Zeitpunkt mit 100 % eingeschätzt. Der Beschwerdeführer sei mit dem rechten Kniegelenk und den entsprechenden geschilderten Schmerzen sowie mit der Notwendigkeit, teilweise an zwei Unterarmstützen zu gehen, nicht in der Lage, eine irgendwie geartete Tätigkeit in der Küche, noch dazu im Stehen, auszuführen (S. 7). Für eine Verbesserung der Arbeitsunfähigkeit in dieser Tätigkeit als Küchenhelfer müsse entweder eine Reoperation mit einem retropatellaren Ersatz der Kniescheibe erfolgen oder eine deutliche Schmerzreduktion auf andere Art und Weise im rechten Kniegelenk erfolgen

beziehungsweise möglich gemacht werden (S. 7 f.) . Aus medizinischer Sicht wären beim Beschwerdeführer Tätigkeiten geeignet, welche möglichst im Sitzen und ohne Zwangshaltung für die Wirbelsäule und die Kniegelenke auszuüben seien. Zu meiden seien dabei Arbeiten in Zwangshaltung, wie vornübergebeugt stehend. Langfristiges Stehen sei nicht möglich, das Stehen müsse mit zirka

## **E. 6**

/2). Am 10. Juni 2019 meldete er sich sodann zum Leistungsbezug an ( Urk. 6/12 ). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und zog Akten der Krankentaggeldversicherung bei ( Urk. 6/3, Urk. 6/9, Urk. 6/18, Urk. 6/23, Urk. 6/35-36, Urk. 6/43, Urk. 6/46, Urk. 6/63 ) .

Gegen den Vorbescheid vom 15. April 2021 ( Urk. 6/68 ) , mit welchem die IV Stelle dem Versicherten die Verneinung eines Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht gestellt hatte, erhob dies er am 10. Mai 2021 Einwände ( Urk. 6/72). Die IV-Stelle klärte daraufhin die medizinische Situation erneut ab und holte ein interdisziplinäres Gutachten (rheumatologisch-psychiatrisch) ein, das am 17. beziehungsweise 19. April 2023 erstattet wurde ( Urk. 6/117 ).

Nach

durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 6/120-121 ) verneinte die IV Stelle mit Verfügung vom

4. Juli 2023 einen Rentenanspruch ( Urk. 6/128 = Urk. 2 ) . 2.

Der Versicherte erhob am 31. Juli 2023 Beschwerde ( Urk. 1) gegen die Verfügung vom 4. Juli 2023 ( Urk. 2) und beantragte sinngemäss, diese sei aufzuheben und der Invaliditätsgrad sei nochmals zu überprüfen.

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 17. August 2023 ( Urk. 5 ) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer

am 21. August

2023 zur Kenntnis gebracht ( Urk.

### **E. 6.1**

).

Das Bundesgericht entschied mit BGE 143 V 418, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind, so auch vorliegend. Es ist deshalb nachfolgend aus rechtlicher Sicht zu beurteilen, ob aufgrund der chronifizierenden Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist. 4.3

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

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht wie erwähnt, 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). 4.4

Zum Komplex Gesundheitsschädigung ist in Bezug auf den Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer diverse Einschränkungen bestehen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch dipl. Arzt E. \_\_\_\_

eruiert worden sind. So gebe der Beschwerdeführer «überall» Schmerzen an, in den Knien, den Füßen, den Waden, den Fusssohlen, die Muskeln seien immer angespannt, die Hände würden schmerzen, die Ellenbogen, beide Schultern. Zudem sei seine Stimmung nicht gut. Er merke, dass er mit der Stimmung Jahr für Jahr mehr absacke und viel vergesse. Er merke, dass er körperlich keine Kraft mehr habe (S. 9

Ziff. 3.2 und S. 11 f. Ziff. 4.3 ).

In Bezug auf psychosoziale Faktoren ist festzuhalten, dass

erschwerende invaliditätsfremde Elemente wie

ungenügende Sprachkenntnisse und fehlende Schul- und Berufsbildung dazukommen (vgl. S. 16

Ziff.

## E. 6.2

).

Aufgrund der Konsensdiskussion zwischen dem rheumatologischen und psychiatrischen Gutachter resultierte die Gesamtarbeitsfähigkeit aus der Synthese von somatischen und psychischen Befunden und Diagnosen bzw. der daraus resultierenden Einschränkungen, wobei die allein psychiatrisch ausgewiesene Limitierung mit der rheumatologischen Restarbeitsfähigkeit als integrativ vereinbar betrachtet wurde

(S. 31

Ziff. 4.5 und 4.7) .

Es ist somit erstellt, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Casserolier nicht mehr arbeitsfähig ist. In einer angepassten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit gemäss beschriebenen Belastungsprofil (S. 31

Ziff. 4.7) ist eine Arbeitsfähigkeit von 60 % für die Zeit ab Mitte März 2020 erstellt. 4.7

Der Beschwerdeführer bringt nichts vor, was das bidisziplinäre Gutachten in Zweifel zu ziehen vermag. Auch den Berichten der behandelnden Ärzte der Universitätsklinik Z. \_\_\_ ist nichts Gegenteiliges zu entnehmen. Die vorliegenden Akten erweisen sich zur Beantwortung der strittigen Fragen als ausreichend, weshalb auf weitere Beweisvorkehren verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3, 124 V 90 E. 4b). 5. 5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

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).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3).

5.2

Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus ) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbeurteilung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt,

dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichs - einkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (BGE 141 V 1 E. 5.4). Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxismässig entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1). Eine Parallelisierung ist indessen nur vorzunehmen, wenn die Differenz zum massgebenden Durchschnitt deutlich ist. Deutlich unterdurchschnittlich im Sinne von BGE 134 V 322 E. 4 ist der tatsächlich erzielte Verdienst, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn abweicht (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.2).

Die Parallelisierung der Einkommen trägt somit dem Umstand Rechnung, dass die versicherte Person als Invalide realistisch gesehen nicht den Tabellenlohn erzielen kann, weshalb ein entsprechend tieferes Invalideneinkommen

anzunehmen ist. Kann tatsächlich oder zumutbarerweise ein durchschnittliches Invalideneinkommen erzielt werden, dann besteht kein Grund, ein aus wirtschaftlichen Gründen unterdurchschnittliches Valideneinkommen auf ein durchschnittliches hochzurechnen.

Denn mit einer solchen Vorgehensweise würden

in

gesetzwidriger Weise Einkommenseinbussen berücksichtigt, die nicht gesundheitlich bedingt sind. Entsprechend der gesetzlichen Regelung ist somit

das

(zumutbare) Invalideneinkommen nicht demjenigen Einkommen gegenüberzustellen, das ohne Gesundheitsbeeinträchtigung bei vollständiger Ausschöpfung des wirtschaftlichen Potenzials zumutbarerweise hätte erzielt werden können, sondern demjenigen, das konkret erzielt worden wäre (BGE 135 V 58 E. 3.4.3).

Sind die Voraussetzungen der Einkommensparallelisierung erfüllt, weil die versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen infolge fehlender Berufsausbildung und mangelhafter Sprachkenntnisse ein unterdurchschnittliches Valideneinkommen erzielt hatte, welches um mindestens 5 % unter dem branchenüblichen LSE-Tabellenlohn liegt, so vermögen dieselben Faktoren praxismässig nicht zusätzlich auch noch einen Leidensabzug zu begründen (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.2).

Bei der Durchführung der Parallelisierung ist mit Blick auf den Grundsatz der Rechtsgleichheit genügende Invaliditätsgradermittlung zu vermeiden, dass diese – bei einer kontinuierlich ansteigenden Differenz zwischen tatsächlich erzieltem Lohn und branchenüblichem Durchschnittseinkommen – ab Erreichen des Erheblichkeitsgrenzwertes von mindestens 5 % gegebenenfalls eine sprunghafte Erhöhung des Invaliditätsgrades zur

Folge hat. Es ist daher nur in dem Umfang zu parallelisieren, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt, bezweckt doch die Parallelisierung praxis gemäss nur die Ausgleiche einer deutlichen – also nicht jeder kleinsten – Abweichung des tatsächlich erzielten Verdienstes vom tabellarisch bestimmten branchenüblichen Referenzeinkommen (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.3). 5.3

Der Beschwerdeführer war zuletzt seit Mai 2017 als Office-Mitarbeiter bei m Hotel Y.\_\_\_\_ angestellt (vgl. Urk. 6/2 und 6/3 ).

Die Beschwerdegegnerin zog für die Bemessung des Valideneinkommens für das Jahr 2020 die Angaben im Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) heran, wonach der Beschwerdeführer im Jahr 2017 (Mai bis Dezember) ohne

Gesundheitsschaden Fr. 29'614.-- erzielte ( Urk. 6/17 , IK-Auszug vom 25. Juni

2019 ), und berechnete unter Berücksichtigung der Nominallohn - entwicklung ein auf ein Jahr aufgerechnetes Valideneinkommen von Fr. 45'450.30 für das Jahr 2020 (vgl. Urk. 6/118). Dem IK-Auszug vom 31. Mai

2021 ( Urk. 6/77) ist für das Jahr 2018 ein ohne Gesundheitsschaden erzielt es Einkommen von Fr 44'596. -- zu entnehmen ( Urk. 6/77). Hievon ausgehend beläuft sich das Valideneinkommen im Jahr 2020, u nter Berück - sichtigung der Nominallohnentwicklung für Männer in der Beherbergung und Gastronomie im Jahr 2019 von -0.7 ( für das Jahr 2020 entfällt ein Wert, weil dieser statistisch relativ unsicher ist; Tabelle Nominallohn index, Männer, 2016-2023, T1.1.15, herausgegeben vom Bundesamt für Statistik ) , auf Fr. 44'284.--.

Die Beschwerdegegnerin hielt sodann fest, dass aus dem Vergleich mit dem standardisierten Durchschnittslohn nach der Lohnstrukturerhebung (LSE) 2020 , TA1\_triage\_skill\_level,

für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art im Wirtschaftszweig 55 - 56 ( Gastrogewerbe ) ein unterdurchschnittliches Einkommen resultiere. So würden im Kompetenzniveau 1 Männer im Wirtschaftszweig 55 - 56 Fr. 4 ' 039 .-- pro Monat und damit, in Berücksichtigung der wöchentlichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 42.4 Stunden im Jahr 2020 in der Gastronomie , Fr. 51 ' 376 .-- pro Jahr

erzielen. Die Lohndifferenz von Fr. 5'926. -- (gemessen an einem Valideneinkommen von Fr. 45'450.--) entspricht einem unterdurchschnittlichen Verdienst von 11.53 % , welcher im Umfang von 6.53 %

zu parallelisieren sei

( Urk. 6 /118 S. 3 ).

Zu Gunsten des aus Somalia stammenden Beschwerdeführers, der über keine Berufsausbildung verfügt und seit seiner Einreise in die Schweiz als Hilfsarbeiter gearbeitet hatte und praktisch kein Deutsch versteht und spricht (vgl. Urk. 6/12 Ziff. 1.4, 5.2 und 5.3; Urk. 6/77; Urk. 6/117/1-25 S. 11 Ziff. 3, S. 13 Ziff. 3.5 und Urk. 6/117/37-53 S. 6 f. Ziff. 3.2) , ist vorliegend – ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 44'284.--, einer verglichen mit dem branchenüblichen Einkommen gemäss LSE von Fr. 51'376.— ermittelten Lohndifferenz von Fr. 7'092.—

und einem entsprechenden unterdurchschnittlichen Verdienst von 13.8 % - eine Parallelisierung im Umfang von

### **E. 6.3**

) und attestierte

dem Beschwerdeführer sowohl in der angestammten Tätigkeit als Tellerwäscher/ Casserolier als auch in denkbaren Verweistätigkeiten eine Arbeits - unfähigkeit von 20 % . Die Einschränkung begründe sich aus einer miteinander - flussnehmenden psychodynamisch beeinflussten Schmerzstörungskomponente mit

vermehrtem Pausenbedarf und Möglichkeit für flexible Zeiteinteilung (S.

16

Ziff.

### **E. 8**

ATSG) sind.

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

Abs. 2 IVG).

### **E. 8.1**

und 8.2 ; vgl. auch S. 15 Ziff. 7.2 ).

Der psychiatrische Gutachter legte in nachvollziehbarer Weise dar, dass im Rahmen der psychopathologischen Befunderhebung einerseits die in den Vordergrund gestellte Schmerzschilderung und -demonstration, klinisch in Übereinstimmung mit der Beschwerdedarstellung gemäss rheumatologischem Gutachten, imponiere und andererseits bezüglich einer posttraumatischen Belastungssymptomatik die bereits mehrfach betonte affektive Unbeteiligtheit beim Berichten über die Tötung des Sohnes vor seinen Augen im Sinne eines dissoziativen Geschehens bei hintergründig vermitteltem emotionalem Schmerzerleben aufgefallen sei, wobei die Kriterien einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung aber aufgrund der aktuellen gutachterlich psychiatrischen Abklärung nicht sicher erfüllt seien und hierzu ein längerer klinischer Beobachtungszeitraum notwendig sei (S. 13 f.

Ziff.

### **E. 8.2**

).

Dr. D.\_\_\_\_ erachtete funktionelle Einschränkungen, insbesondere auch der Geh- und Stehfähigkeit, aufgrund der diagnostizierten degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat medizinisch durchaus als plausibel, wies jedoch ausdrücklich darauf hin, dass die geschilderten multiplen und massiven funktionellen Einschränkungen somatisch-medizinisch anhand der objektiven Untersuchungsbefunde nicht erklärbar seien , weshalb aus somatischer Sicht nicht-organische Begleitfaktoren postuliert werden müssten . Auch ein gewisses demonstratives Verhalten schloss Dr. D.\_\_\_\_ von somatischer Seite nicht

gänzlich aus (S. 21

Ziff.

### **E. 8.3**

).

In Bezug auf den Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz ist festzuhalten, dass bisher keine Mitbehandlung auf psychiatrischem Fachgebiet erfolgte. Aufgrund der aktuellen Abklärung ergebe sich die Empfehlung für eine begleitende schmerztherapeutische psychotherapeutische Behandlung im ambulanten Setting in der Muttersprache des Beschwerdeführers. Aufgrund der Verständigungsschwierigkeiten dürfte die Umsetzbarkeit einer entsprechenden Empfehlung schwierig sein. Zusätzlich ergebe sich die Empfehlung für eine schmerzdistanzierend-antidepressive Basismedikation zum Versuch der medikamentösen Schmerzmodulation

(vgl. S. 15

Ziff. 7.1 ).

Zum Komplex Persönlichkeit ist festzuhalten, dass sich keine primären pathologischen Auffälligkeiten finden liessen. Der Beschwerdeführer zeige sich sehr höflich-bemüht, über weite Strecken freundlich-fassadär im Rahmen der emotionalen Unbeteiligtheit, darüber hinaus würden sehr anpassungs- und leistungsbe-reite Anteile vermittelt (S. 11

Ziff. 4.2 ).

Zum Komplex sozialer Kontext ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer eine Freundin habe, welche auch aus Somalia stamme, sie ihn regelmässig besuche und im Alltag helfe (Wohnung putzen, Wäsche machen). Er wohne in einer zwei einhalb-Zimmerwohnung und lebe vom Sozialamt. Er versorge sich selber, mache sich Brot, Salat, koche Tee und kaufe ein. Sein Hobby sei die Natur und die Landwirtschaft, da kenne er sich aus und habe viele Kenntnisse. Die Arbeit in der Landwirtschaft gehe aber körperlich nicht, er habe dafür keine Kraft, schaue aber gern den Bauern zu. Er mache auch keinen Sport. Er habe Kollegen, Freunde aus Somalia. Wenn er sie brauche, rufe er sie an. Sie würden für ihn auch die schriftlichen Formalitäten mit den Ämtern erledigen, da er kein Deutsch und auch nicht Lesen und Schreiben könne. Das iPhone könne er aber bedienen. Er habe noch einen Sohn in Somalia. Er sehe ihn nicht, telefoniere aber einmal im Monat mit ihm (S. 8 f.

Ziff. 3.2 ).

Zu prüfen ist weiter die Konsistenz.

Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer

einige wenige Aktivitäten im Tagesablauf zeigt (vgl. S. 8 f. Ziff. 3.2). Die Beeinträchtigungen wirken sich soweit ersichtlich zwar in allen Lebensbereichen aus. Die vom Beschwerdeführer subjektiv eingenommene völlig limitierte Position hinsichtlich Arbeitstätigkeiten im Rahmen des subjektiv als schwerstgradig eingeschätzten Schmerzgeschehens könne gemäss dem psychiatrischen Gutachter in Übereinstimmung mit der rheumatologischen Beurteilung auch psychiatrisch nicht vollständig erklärt beziehungsweise aufgelöst werden (S. 14

Ziff.

### **E. 8.8**

% (vgl. vorstehend E. 5.3 ) reduziert sich das Invalideneinkommen auf rund Fr. 3 6 '

### **E. 10**

Die Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ , Rheumatologie und Rehabilitation, berichteten am 1 5. Juli 2022 ( Urk. 6/95) und nannten folgende Diagnosen (S. 1) : - Verdacht auf Fibromyalgie-Syndrom, Differentialdiagnose primär/sekundär bedingt

- Beschwerdebeginn mit lumbalen Schmerzen seit einem Jahr - Arthralgien seit 7-9 Monaten - Rheumafaktor und anti-CCP-Antikörper negativ, antinukleäre Anti körper 1:80 (Februar 2022) - lumbovertebrales Syndrom - Arthralgien - Müdigkeit - 18/18 Tenderpoints positiv - fortgeschrittene medialbetonte Gonarthrose links - Beschwerdebeginn 2017 - fortgeschrittene Veränderung des Knorpelzwischenraumes des medi alen Kniekompartiments konventionell-radiologisch 1 1. Juli 2022 - Knie-Totalendoprothese rechts am 1 3. Januar 2020 - erhöhtes TS H unter Eltroxin Substitution

Sie führten aus, beim Beschwerdeführer bestehe der Verdacht auf ein Fibromyalgie-Syndrom. Damit vereinbar seien das lumbovertebrale Syndrom mit Beschwer debeginn vor einem Jahr sowie die Arthralgien, eine chronische Müdigkeit und klinisch 18/18 positive Tenderpoints. Zum jetzigen Zeitpunkt fänden sich keine Anhaltspunkte für Synovitiden der peripheren Gelenke. Die kollagenosespezi - fische Systemanamnese sei aus sprachlichen Gründen nicht erhebbar. Eine Psoriasis liege nicht vor. Zum jetzigen Zeitpunkt hätten sich aufgrund der genannten Befunde keine eindeutigen Hinweise für eine aktive systemische Erkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis gefunden (S. 2) . Therapeu tisch würden aktive physiotherapeutische Behandlungsmassnahmen zur Stabili sation der Rumpfmuskulatur inklusive einem Beinachsentraining begleitet von detonisierenden Massnahmen gemäss Bedarf vorgeschlagen . Der Schwerpunkt sei auf kreislaufaktivierende und ausdauerfördernde Massnahmen zu legen ange sichts der Weichteilschmerzsymptomatik (S. 3) .

3. 1 1

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Rheumatologie und Facharzt für Allge meine Innere Medizin, und dipl. Arzt E.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstatteten ihr bidisziplinäres Gutachten am 1 7. beziehungsweise 1 9. April 2023 ( Urk. 6/117) zuhanden der Beschwerdegegnerin und nannten in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung folgende relevante Diag nosen (S. 30

Ziff. 4.3 ): - fortgeschrittene mediale femorotibiale und retropatelläre Gonarthrosen beidseits - Status nach Implantation einer Knie-Totalendoprothese rechts mit ungünstigem Verlauf - zervikovertebrales und sekundär myofaszielles Syndrom im Schultergürtel beidseits bei mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen der Hals wirbelsäule (HWS)

- leichte bis mässiggradige Omarthrose und AC-Gelenksarthrose links - geringe degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (LWS), der Daumengelenke und der Grossezehengrundgelenke beidseits - chronifizierende Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Sie führten aus, somatisch liessen sich die Beschwerden auf degenerative Verän derungen am Bewegungsapparat zurückführen . N eben den im Vordergrund stehenden beidseitigen

Gonarthrosen fänden sich radiologisch bereits fortgeschrittene degenerative Veränderungen der HWS und etwas weniger ausgeprägte Veränderungen der linken Schulter und der LWS. Hinweise für eine internistische oder Stoffwechselerkrankung als Ursache des Beschwerdebildes fänden sich in den Laborabklärungen nicht. Die degenerativen Veränderungen würden eine deutliche Einschränkung der Steh- und Gehfähigkeit, zudem der Belastung der Hals- und teilweise der Lendenwirbelsäule und auch des linken Schultergelenks plausibel machen. Psychiatrisch fänden sich leichtgradige Beeinträchtigungen hinsichtlich der Durchhaltefähigkeit, Dauerleistungsfähigkeit und der situativen und interpersonellen Anpassungsfähigkeit und Flexibilität im Rahmen des Schmerzgeschehens mit vermehrtem Pausenbedarf und Möglichkeit zur flexiblen Zeiteinteilung. Die vom Beschwerdeführer berichteten Beschwerden und funktionellen Einschränkungen würden jedoch klar das im Rahmen dieser Veränderungen zu erwartende Ausmass überschreiten. Auch liessen sich die Symptome und Beeinträchtigungen im Bereich der Hände medizinisch-somatisch nicht erklären. In der psychiatrischen Abklärung werde eine massive traumatische biografische Belastung aus dem Jahr 2007 geschildert, psychopathologisch falle diesbezüglich die emotionale Unbeteiligtheit beim Berichten im Sinne dissoziativ-abgespaltenen Geschehens bei hintergründig deutlich vermitteltem emotionalem Schmerz auf. Diese psychodynamische Komponente sei aus psychiatrischer Sicht bedeutsam im Kontext der Schmerzbeschwerdeentwicklung und -verarbeitung der primär somatisch begründbaren Schmerzsituation und erkläre in gewissem Ausmass eine somatisch nicht zuzuordnende Symptomausweitung und Schmerzgeneralisierung seitens des Beschwerdeführers mit (S. 29 f.

Ziff. 4.1 und Ziff. 4.3) . Die vom Beschwerdeführer subjektiv eingenommene völlig limitierte Position hinsichtlich Arbeitsfähigkeiten im Rahmen des subjektiv als schwerstgradig eingeschätzten Schmerzgeschehens könne weder rheumatologisch noch psychiatrisch vollständig erklärt werden, auch wenn funktionelle Einschränkungen aufgrund der genannten degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat nachvollziehbar seien und zusätzlich eine psychodynamisch wirksame Störungskomponente im Rahmen der inzwischen im Verlauf bereits chronifizierten Schmerzstörungsentwicklung mitzugewichten sei (S. 30

Ziff. 4.2) . In der rein stehenden und gehenden durchzuführenden angestammten Tätigkeit als Casserolier mit auch häufigen Arbeiten in ungünstigen Rumpfstellungen und mittelschweren

Gewichtsbelastungen bestehe aus rheumatologischer Sicht seit dem 25. August 2019 und auf Dauer keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr (S.

31

Ziff. 4.6) . Eine den körperlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit sei vorwiegend rein sitzend, allerdings mit der Möglichkeit, die Sitzposition häufig zu ändern, die Kniegelenke regelmässig zu bewegen beziehungsweise häufig aufzustehen. Gehen sollte nur sehr vereinzelt und über kurze Distanzen notwendig sein, dabei ohne Gewichtsbelastung von mehr als 5 bis 7 kg. Treppensteigen sei generell nicht möglich, ebenso nicht das Besteigen von Leitern. Zu vermeiden seien zudem häufige Arbeiten über Kopf mit dem linken Arm. Auch in einer solchen Tätigkeit gehe der rheumatologische Gutachter in Übereinstimmung mit dem früheren orthopädischen Gutachter Dr. B.\_\_\_\_

medizinisch-theoretisch aufgrund sehr häufig notwendiger Pausen zur Entlastung der Kniegelenke und des Rumpfskeletts von einer maximalen Restarbeitsfähigkeit von zirka 60 % ab Mitte März 2020 aus, für den Zeitraum ab 25. August 2019 habe nachvollziehbar keine Arbeitsfähigkeit bestanden. Die allein psychiatrisch ausgewiesene Limitierung sei mit der rheumatologischen Restarbeitsfähigkeit integrativ vereinbar (S. 31

Ziff. 4.7).

### 3.1.2

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, regionaler ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegenossenschaft, nahm am 3. Mai 2023 Stellung (Urk. 6/119/9-10) und führte aus, das bidisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische Gutachten sei unter vollständiger Würdigung der vorhandenen medizinischen Akten nach ausführlicher Anamneseerhebung, genauem Eingehen auf die geschilderten Beschwerden und umfassender Untersuchung erstellt worden. Auf dieses Gutachten sei abzustellen und somit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Casserolier seit dem 25. August 2019 und auf Dauer auszugehen. In einer angepassten Tätigkeit gemäss beschriebenen Belastungsprofil habe ab dem 25. August 2019 bis zirka Mitte März 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und ab Mitte März 2020 bis auf weiteres eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. 3.1.3

Die Ärzte der Universitätsklinik Z.\_\_\_\_, Orthopädie, Kniechirurgie, berichteten am 24. Juli 2023 (Urk. 3), nannten die bekannten Diagnosen und führten nach durchgeführten Röntgenuntersuchungen sowie Magnetresonanztomographien des rechten und linken Knies vom 20. Juli 2023 aus, eine operative Versorgung auf der rechten Seite mittels Knie totalprothesenrevision mit hypoallergenem Implantat sowie Retropatellarersatz lehne der Beschwerdeführer weiterhin ab.

Auf der linken Seite wäre eine endoprothetische Versorgung zu erwägen, allerdings sei man bei unzufriedenstellendem Ergebnis auf der Gegenseite zurückhaltend. Es werde gebeten, den Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers zu reevaluieren.

### 4.4.1

Der rheumatologische Gutachter Dr. D.\_\_\_\_ ist Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin und der psychiatrische Gutachter dipl. Arzt E.\_\_\_\_ ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sodass sie grundsätzlich zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers befähigt sind. Das bidisziplinäre Gutachten vom April 2023 (vorstehend E. 3.1.1) erscheint für die streitigen Belange umfassend und berücksichtigt die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers. Zudem wurde es in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar begründet. Damit erfüllt das bidisziplinäre

Gutachten die praxisgemässen Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. vorstehend E. 1.4), weshalb zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers grundsätzlich darauf abzustellen ist. 4.2

Der psychiatrische Gutachter

dipl. Arzt E.\_\_\_\_

diagnostizierte in seinem Teilgutachten

( Urk. 6/117/37-53) eine chronifizierende Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41 ; S. 14 Ziff.

#### **E. 014**

.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 8 ' 270 .-- und damit einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von rund

#### **E. 19**

% .

Nach Gesagtem hat der Beschwerdeführer kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6 .

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 7 00.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 7 00 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - 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 siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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 Schüpbach

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