

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00456 vom 28. Juni 2024**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-06-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00456](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00456)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00456 du 28 juin 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00456 del 28 giugno 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1965 geborene X.\_\_\_\_ war zuletzt seit 1. März 2014 als Hauswart angestellt. Am

#### **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 intertemporal rechtlichen 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 Januar 2019 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Juli 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**

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).

#### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

#### **E. 2**

9. Januar 2019 meldete er sich unter Hinweis auf eine seit September 2017 bestehende gesundheitliche Beeinträchtigung (Abnützungerscheinungen in den Knien) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/20, vgl. auch Urk. 8/38). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 18. Juni 2020 die Zusprache einer halben Rente der Invalidenversicherung ab dem 1. Oktober 2019 in Aussicht (Urk. 8/64). Nach Einwand des Versicherten (Urk. 8/75) liess die IV-Stelle ihn durch das Y.\_\_\_\_ orthopädisch-psychiatrisch begutachten (Expertise vom 17.

Mai 2021; Urk. 8/105) und wies das Leistungsbegehren nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/174 und Urk. 8/180) mit Verfügung vom

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 4. August 2023 (Urk. 2) damit, dass

der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig sei. Ein leidensbedingter Abzug rechtfertige sich nicht und es bestehe ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung sei nicht ausgewiesen (S. 1-2 und S. 4). Die Wartezeit sei auf den 22. Oktober 2018 anzusetzen, habe der Beschwerdeführer doch vom 15. Mai bis 21. Oktober 2018 keine Krankentaggelder bezogen und sei in diesem Zeitraum entsprechend von einer Arbeitsfähigkeit und -tätigkeit auszugehen. Wegen fehlenden Eingliederungswillens

bestehe auch kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (S. 3-4).

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), auf das Gutachten sei - aus näher dargelegten Gründen - nicht abzustellen, zumal sich die im Gutachten prognostizierte Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht eingestellt habe (S. 6-7). Das Vorbringen der Beschwerdegegnerin, wonach gemäss dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) keine Veränderung im Vergleich zur Begutachtung vorliege, sei zudem klar aktenwidrig, betone dieser doch, dass er spätestens ab Mitte September 2021 eine andere Arbeitsfähigkeit postuliere. Der RAD gehe davon aus, dass seither eine leidensangepasste Tätigkeit während sechs Stunden pro Tag möglich sei, wobei zusätzlich eine Leistungsminderung von 30 % aus psychiatrischer Sicht bestehe. Nichtsdestotrotz werde im angefochtenen Entscheid an einer Einschränkung von 30 % in Bezug auf eine vollschichtige Tätigkeit festgehalten. Es könne nicht angehen, dass die Beschwerdegegnerin - ohne noch einmal mit dem RAD Rücksprache zu nehmen - sich über dessen Reduktion der vollschichtigen Präsenz auf sechs Stunden pro Tag einfach hinwegsetze. Selbst wenn also davon ausgegangen werden sollte, dass sich sein Gesundheitszustand erst per September 2021 verschlechtert habe, so habe er ab 1. Dezember 2021 Anspruch auf mindestens eine Viertelsrente (S. 11-14).

Das Wartehjahr habe bereits im September 2017 begonnen, es sei von einem höheren Valideneinkommen auszugehen und ein Leidensabzug von 25 % vorzunehmen, womit ein Invaliditätsgrad von 66 % resultiere. Zudem seien weitere gesundheitliche Beschwerden zu Unrecht unberücksichtigt geblieben (S.

15-17). Selbst wenn auf die angefochtene Verfügung abgestellt würde, so hätte die Beschwerdegegnerin bei einem Invaliditätsgrad von 21 % berufliche Massnahmen zu prüfen. Von einer mangelnden Motivation dazu lasse sich in den Akten nichts finden. Die Sache sei daher hinsichtlich der Frage nach beruflichen Massnahmen, insbesondere auch nach Eingliederungsmassnahmen, zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 17-18). 3. 3.1

Die behandelnden Dr. med. Z. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Prof. Dr. A. \_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie ASP, stellten in ihrem Bericht vom 7. April 2020 (Urk. 8/47) die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung / impulsiver Typus (ICD-10 F60.30) mit mittelgradig depressiver Episode (ICD-10 F32.1) und hielten fest, dass der Beschwerdeführer seit dem 29. Oktober 2019 fünfmal zu ihnen gekommen sei. Er habe im Februar und Juni 2019 zwei Beinoperationen gehabt und sei seither krank geschrieben. An der Folge dieser nicht geglückten Operationen leide er sichtlich, ein grosser Leidensdruck werde spürbar: er komme einerseits an einem Stock, sei übergewichtig, bewege sich mühsam vorwärts und habe ständig Schmerzen. Andererseits sei er unzufrieden mit seinen Ärzten, die ihn operiert hätten. Zudem erschwere ihm seine psychische Erregbarkeit das Leben. Er werde rasch wütend und verliere die Kontrolle über sich und seine Handlungen, was ihm später leidtue. Er zeige eine deutliche Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, und könne sein Verhalten in gewissen Situationen nicht kontrollieren. Für den Moment müsse aus psychiatrisch-psychologischer Sicht von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen

werden. Der Beschwerdeführer leide einerseits unter seiner emotionalen Instabilität, andererseits sei seine Fähigkeit, seine Handlungen zu steuern, eingeschränkt. 3. 2

Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Chirurgische Orthopädie, und Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom Y.\_\_\_\_ stellten in ihrem Gutachten vom 17. Mai 2021 (Urk. 8/105/1-40) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7-8): - chronische Depression, gegenwärtig leicht bis mittelschwer ausgeprägt (ICD-10 F33.0) - psychische Faktoren bei den orthopädischen Diagnosen (ICD-10 F54) - Gonalgie unklarer Ursache beidseits bei freier Beweglichkeit, Bandstabilität und

fehlenden Irritationszeichen intraartikulär, VD femoropatella r-bedingt bei - Status nach endoprothetischer Versorgung des rechten Kniegelenkes am 31. Januar 2019 rechts

und am 25. April 2019 links - Röntgen beider Kniegelenke vom 17. März 2021: Zustand nach endoprothetischer Versorgung

beider Kniegelenke bei regelrechtem Prothesensitz ohne Hinweise auf Lockerungen,

leichtgradige femoropatellare Arthrose-Zeichen - chronisches lumbovertebrägenes Syndrom mit symptomatischer lumbosakraler

Facetten- und interspinöser Nearthrose ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik

bei - RF: Adipositas permagna, hochgradige Insuffizienz der muskulären

Wirbelsäulenstabilisatoren, Fehlstatik - Röntgen LWS vom 17. März 2021:

multifokale leichtere Osteochondrosen und

Spondylarthrosen, kurzbogige tiefe Hyperlordosis, Baastrup-Phänomene, Olisthesis L5/S1

Zudem hielten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S.

#### **E. 4**

August 2023 (Urk. 2) ab. 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 12. September 2023 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen. Zudem seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Am 20. Oktober 2023 (Urk.

#### **E. 4.1**

Das interdisziplinäre Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 17. Mai 2021 (vorstehend E. 3. 2) beruht auf den erforderlichen orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander.

Sie zeigten auf, dass

an seinen Kniegelenken kein Reizzustand, kein Erguss, keine Kapselschwellung und keine Instabilität zu erkennen waren und der Prothesensitz regelrecht ist. An der Wirbelsäule ergaben sich sodann keine Hinweise auf radikuläre Irritationen oder Ausfälle. Auf

orthopädischem Fachgebiet vermochten sie damit eine anamnestic verminderte Belastbarkeit beider Kniegelenke unklarer Ursache bei Möglichkeit einer symptomatischen retropatellaren Arthrose bei Zustand nach endoprothetischer Versorgung und eine verminderte Belastbarkeit der LWS bei fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der unteren lumbalen Segmente festzustellen. Aus psychiatrischer Sicht begründeten die Gutachter, weshalb die von den behandelnden Dr. Z.\_\_\_\_ und Prof. em . Dr. A.\_\_\_\_

gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu verneinen ist, nachdem die Eingangskriterien ( deutliche Abweichung von Kognition, Affektivität, Impulskontrolle und interpersoneller Beziehungsgestaltung mit Beginn in der Adoleszenz )

dafür nicht erfüllt sind. Da die diesbezüglichen Symptome explizit erst seit der Magenoperation bestehen, interpretierten sie die entsprechende Symptomatik als Teil der leichten bis mittelschweren Depression des Beschwerdeführers. Sie legten dar, dass der Beschwerdeführer aufgrund der damit zusammenhängenden Symptomatik und der durch die psychischen Faktoren beeinträchtigten Schmerzverarbeitung leicht bis mittelschwer beeinträchtigt ist. Weiter wiesen die Gutachter auf eine Reihe von Inkonsistenzen und eine Aggravation der körperlichen Beschwerden hin und hielten fest, dass die Angaben des Beschwerdeführers qualitativ nachvollziehbar sind, sich quantitativ aber nicht durch die klinischen Befunde begründen lassen. Gestützt darauf gelangten die Gutachter zur begründeten Ansicht, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Knie- und Rückenbeschwerden seit Januar 2019 in seiner angestammten Tätigkeit als Hauswart aus somatischen Gründen nicht mehr arbeitsfähig ist, in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit hingegen aus orthopädischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Aufgrund der psychiatrischen Beeinträchtigung gingen sie dabei seit Oktober 2019 von einer

Rendementminderung von 30 % aus. Diese Schlussfolgerungen vermögen mit Blick auf die dargelegten symptomatischen Fähigkeitsstörungen und die praxisgemäss massgeblichen Standardindikatoren (BGE 141 V 281 und 143 V 418) in Korrelation zum Ausmass der attestierten Rendementminderung zu überzeugen. Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. vorstehend E. 1. 5 ).

#### **E. 4.2**

Der Beschwerdeführer brachte vor ( Urk. 1 S. 5-8 ), dass seit der Begutachtung mehrere Jahre verstrichen seien. Dies trifft zwar zu, doch kann daraus nichts gegen die Beweiskraft des Gutachtens und die gemäss Gutachter bis zum Zeitpunkt der Begutachtung bestehende Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Auf die geltend gemachte - nach der Begutachtung eingetretene - Verschlechterung seines Gesundheitszustandes wird nachfolgend (E.

#### **E. 4.3**

Der Beschwerdeführer unterzog sich nach der Begutachtung einer laparoskopischen Pouchrevision (vorstehend E. 3. 3 ). Diese vermag gemäss den nachvollziehbaren Ausführungen des RAD zu einer maximal sechswöchigen postoperativen Arbeitsunfähigkeit zu führen, nicht aber zu einer invalidenversicherungs rechtlich relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes. Der behandelnde Dr. F.\_\_\_\_ berichtete denn auch sechs Wochen nach der Operation, dass der Beschwerdeführer den operativen

Prozess ganz gut überstanden habe ( Urk. 8/127/3). Weshalb er den Beschwerdeführer dennoch als nur zwei Stunden pro Tag arbeitsfähig erachtete ( vorstehend E. 3.8 ), ist nicht nachvollziehbar und im Übrigen nicht weiter begründet, weshalb auch nicht weiter abzuklären ist, ob die vom Beschwerdeführer geschilderte Müdigkeit nicht auch in Zusammenhang mit seiner generellen - wie bereits dargelegt invalidenversicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigenden - extremen Dekonditionierung stehen könnte. Bei lediglich einem Verdacht auf eine Dumping-Symptomatik und vom Behandler fachfremd zusätzlich berücksichtigten Rückenschmerzen kann daraus jedenfalls nicht geschlossen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung invalidenversicherungsrechtlich relevant verschlechtert hätte und er in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit weniger als 70 % leistungsfähig wäre. Auch aus der am 29. Juni 2023 notfall mässig durchgeführten Gastroskopie (vgl. Urk. 6) lässt sich nicht auf eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes schliessen. Ebenso wenig kann dem Bericht des behandelnden Dr. G. \_\_\_ vom 9. Juni 2022, welcher den Beschwerdeführer aufgrund seiner Rücken- und Kniebeschwerden als in einer angepassten Tätigkeit zu rund 70 % arbeitsfähig erachtete (6 h/Tag, vorstehend E.

3.7), eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung entnommen werden, machte er eine solche doch gar nicht erst geltend und nahm auch auf das Gutachten keinen Bezug. Dem nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung am 21.

September 2023 erstellten MRI der HWS (Urk. 10) lassen sich degenerative Veränderungen der Wirbelsäule entnehmen, alleine daraus kann aber nicht auf eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes geschlossen werden. Dem Bericht der behandelnden Dr. Z. \_\_\_ und Prof. em. Dr. A. \_\_\_ (vorstehend E.

3.6), welche ohne Auseinandersetzung mit dem Gutachten des Y. \_\_\_ an ihrer - vom Y. \_\_\_ als nicht nachvollziehbar taxierten - Diagnose einer Persönlichkeitsstörung festhielten und ohne Begründung von einer - trotz unverändertem Zustand - neu 80%igen Arbeitsunfähigkeit ausgingen, lässt sich ebenfalls keine Veränderung der psychischen Beschwerden entnehmen. Gegen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach der Begutachtung spricht denn auch der Bezug von Arbeitslosentaggeld bei einer wohl 100%igen Vermittlungsfähigkeit im Jahre 2021 (vgl. Urk. 8/185, wobei die Arbeitslosenentschädigung von Fr. 48'115.-- 80 % des zuvor erzielten Jahresverdienstes von Fr. 60'000.-- entspricht). In Einklang mit der Aktenlage hielten Dr. E. \_\_\_ und Dr. J. \_\_\_ vom RAD im September 2022 entsprechend fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers medizintheoretisch überwiegend wahrscheinlich nicht wesentlich verändert hat (vorstehend E. 3.

## **E. 7**

) beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen. Mit Eingabe vom 22. November 2023 (Urk. 12) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme zu den vom Beschwerdeführer neu aufgelegten Berichten (Urk. 5-6 und Urk. 9-10), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 24. November 2023 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 8**

); - Status nach Magenbypass-Operation - Fehlbildung an den Mittelfingern beider Hände mit Verkürzung - Status nach Amputation des Zehenendgliedes Dig I rechts, operativ versorgt

Dazu führten sie aus, bei dem Beschwerdeführer sei am 31. Januar 2019 eine Knie-TEP rechts und am 25. April 2019 links durchgeführt worden. Nach seinen Angaben sei es hierdurch eher zu einer Verschlechterung der Kniegelenksbeschwerden gekommen. Bei der aktuellen Untersuchung habe er über Ruhe schmerzen und belastungsabhängige Schmerzen peripatellär lateralbetont geklagt. Die klinische Untersuchung sei durch eine Abwehrhaltung bei allen Untersuchungsschritten geprägt gewesen. So sei eine Reihe von Untersuchungsschritten schlichtweg abgelehnt beziehungsweise als nicht durchführbar bezeichnet worden, so zum Beispiel der Zehen- und Hackenstand, das Eingehen in die Hocke, Flexion der Wirbelsäule etc. Bereits beim Ausziehen habe sich ein groteskes Bewegungsverhalten gezeigt. Dies sei ausgesprochen umständlich und extrem langsam durchgeführt worden. Beim Anziehen sei via Nattel ein Sohn herbeigerufen worden, welcher - ohne wesentliche Mitarbeit des Betroffenen - den Beschwerdeführer angezogen habe. Es hätten sich eine Reihe von Inkonsistenzen gezeigt, welche die Beurteilbarkeit erschwert hätten. So sei bei der Funktionsprüfung der Kniegelenke schon die kleinste Beugung als hochschmerzhaft bezeichnet worden, wohingegen unbeachtet eine freie Flexion der Kniegelenke bis 90°/120° durchgeführt werde. Bezüglich der Befunderhebung sei an den Kniegelenken kein Reizzustand, kein Erguss und keine Kapselschwellung zu erkennen gewesen, ebenso wenig eine Instabilität. Auch die Röntgenaufnahmen beider Kniegelenke hätten keinerlei Auffälligkeiten erkennen lassen. Der Prothesensitz sei regelrecht, Lockerungszeichen würden sich nicht erkennen lassen. Speziell seien auch an der Rückseite

der Patella nur leichte arthrotische Veränderungen ersichtlich. Zu berücksichtigen sei hierbei jedoch das vorgängige MRI vom 15. Oktober 2019, welches für einen retropatellaren Reizzustand spreche. Allerdings zeige die aktuelle Klinik keine relevanten Irritationszeichen. Als weiterer Beschwerdekomples würden Rückenschmerzen genannt. Die Symptomatik werde auf den lumbosakralen Übergang lokalisiert. Bei der Untersuchung werde jede aktive und passive Bewegungsprüfung der Wirbelsäule verweigert. Angegeben werde ein umschriebener Druckschmerz ausschliesslich am lumbosakralen Übergang, den lumbosakralen Facetten und Dornfortsätzen entsprechend. Hinweise auf radikuläre Irritationen oder Ausfälle ergäben sich nicht. Die Röntgenaufnahme der LWS in zwei Ebenen vom 17. März 2021 zeige fortgeschrittene degenerative Veränderungen, speziell bei L4/5/S1 im Sinne von Osteochondrosen und Spondylarthrosen, zudem auch an den Iliosakralgelenken. Als schmerzzeugend könnten an der LWS die unteren lumbalen Facetten sowie auch interspinöse Nearthrosen definiert werden. Es liege somit an der LWS ein fortgeschrittenes lumbovertebrogenes Syndrom vor mit symptomzeugenden lumbosakralen Facetten und interspinösen Nearthrosen ohne radikuläre Irritationen oder Defizite. Genannt werde ein Taubheitsgefühl an der Vorderseite beider Oberschenkel. Eine Minderung dieses Taubheitsgefühls werde durch Anheben der Fettschürze vermindert demonstriert. Es handle sich hier um eine Meralgie im Sinne einer Adipositas-bedingten Kompression des Nervus

cutaneus

femoris

lateralis beim Durchtritt unter dem Leistenband . Zusammenfassend seien auf orthopädischem Fachgebiet festzustellen: eine anamnestisch verminderte Belastbarkeit beider Kniegelenke unklarer Ursache bei Möglichkeit einer symptomatischen retropatellaren Arthrose bei Zustand nach endoprothetischer Versorgung, des Weiteren eine verminderte Belastbarkeit der LWS bei fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der unteren lumbalen Segmente (S. 5-6) .

Aus psychiatrischer Sicht sei es zunächst zur Entwicklung unspezifischer depressiv-ängstlicher Beschwerden nach der Magenbypass-Operation gekommen , im Verlaufe des Jahres 2019 habe sich die psychische Situation verschlechtert , sodass der Beschwerdeführer sich in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung begeben habe . Von April 2020 liegt ein Bericht vor, aus welchem neben der depressiven Symptomatik, die auch jetzt noch klinisch nachvollziehbar sei , auch der Verdacht auf eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung hervorgehe . Diesbezüglich sei aus aktueller psychiatrischer Sicht zu sagen, dass der Beschwerdeführer nicht die Eingangskriterien für eine Persönlichkeitsstörung mit einer deutlichen Abweichung von Kognition, Affektivität, Impulskontrolle und interpersoneller Beziehungsgestaltung mit Beginn in der Adoleszenz erfülle . Die diesbezüglichen Symptome beständen explizit erst seit der Magenoperation und der depressiven Entwicklung im Verlauf nach der Magenoperation, die entsprechende Symptomatik werde deshalb aus aktueller Sicht als Teil der leichten bis mittelschweren depressiven Symptomatik interpretiert. Diese wirke sich ungünstig auf die Schmerzverarbeitung des Beschwerdeführers aus, der sich aus seinen sozialen Funktionen sehr weit zurückgezogen habe und innerhalb der Familie auch von seinen häuslichen Aufgaben entlastet worden und somit weitgehend dekonditioniert und sozial isoliert sei . Rein aufgrund der leichten bis mittelschweren depressiven Symptomatik und der durch die psychischen Faktoren beeinträchtigten Schmerzverarbeitung sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht leicht bis mittelschwer beeinträchtigt. Die Beeinträchtigung lasse sich aufgrund der Anamnese und der Akten zurückverfolgen bis in das Jahr 2019, aktenanamnestisch habe der Beschwerdeführer seine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung deshalb im Oktober 2019 begonnen (S. 6-7) .

Der Beschwerdeführer aggraviere seine körperlichen Beschwerden und die damit einhergehenden Beeinträchtigungen, dennoch würden seine Angaben qualitativ authentisch und nachvollziehbar wirken und seien auch mit der Aktenanamnese und dem klinischen Befund vereinbar, lediglich quantitativ würden sie sich nicht durch die klinischen Befunde begründen lassen (S. 38).

Psychiatrisch ergebe sich die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus der psychomotorischen Verlangsamung, der deutlich verminderten emotionalen, körperlichen und interpersonellen Belastbarkeit und dem deutlich erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf.

Auf orthopädischem Fachgebiet bestehe eine anamnestisch verminderte Belastbarkeit beider Kniegelenke, welche als Ausdruck eines retropatellaren Reizzustandes nach endoprothetischer Versorgung definiert werden könne . Zudem bestehe eine verminderte Belastbarkeit der LWS bei fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der unteren lumbalen Bogenstrukturen unter dem Einfluss der Adipositas und der hochgradigen

muskulären Insuffizienz . Festzustellen seien zudem eine extreme Dekonditionierung und muskuläre Insuffizienz. Es sei von einer hochgradig allgemeinen Disuse -Problematik auszugehen. Der Beschwerdeführer könne das Aufgabengebiet eines Hauswartes aus orthopädischer Sicht nicht mehr durchführen. Er sei nicht in der Lage , regelmässig Treppen und speziell auch Leitern zu besteigen oder Tätigkeiten in gebückter Position durchzuführen. Ebenso wenig könnten Tätigkeiten in kniender und kauender Position erfolgen. Diese Einschätzung treffe seit der operativen Versorgung der Kniegelenke, also seit dem 31. Januar 2019 zu.

Rein psychiatrisch besteht für die Tätigkeit als Hauswart aufgrund der depressiven Symptomatik und der ungünstigen Krankheitsverarbeitung eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 50 % bei vollschichtiger Arbeitsfähigkeit (S. 10) .

Aus orthopädischer Sicht könnten leichte Tätigkeiten unter Vermeidung von Arbeiten in kniender und kauender Position, Besteigen von Leitern sowie regelmässig gebückter Stellung in Wechselposition vollschichtig durchgeführt werden. Diese Tätigkeiten könnten aus orthopädischer Sicht in einem 100%igen Pensum geleistet werden. In Anbetracht der hochgradigen aktuellen Dekonditionierung

sei jedoch ein stufenweiser Einstieg erforderlich, beginnend mit einer anfänglichen Anwesenheit von 50 % und einer langsamen Steigerung auf eine Vollschichtigkeit , monatlich um etwa 10 % . Aus psychiatrischer Sicht sei in angepassten Tätigkeiten aufgrund der depressiven Symptomatik die Leistungsfähigkeit um 30 % eingeschränkt. Dies gelte seit Beginn der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung im Oktober 2019. Zusammengefasst ergebe sich nach Vollendung des stufenweisen Einstiegs und der genannten Beschränkungen eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mit einer Rendementminderung von 30 % (S. 10-11) . 3. 3

Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ , FMH Viszeralchirurgie, stellte in seinem Austrittsbericht vom 17. August 2021 ( Urk. 8/124/5-6) folgende Diagnosen: - laparoskopische

Pouchrevision mit Neuanlage des Pouchs , Adhäsilyse , Resektion des Restmagenfundus und Entfernen des Fobi -Rings wegen sekundärer Gewichtszunahme bei Restriktionsverlust durch Pouchdilatation am 29. Juli 2021 - Rehospitalisation zur Antibiotikatherapie bei Verdacht auf gedeckte Mikro perforation am Pouch

Dazu ergänzte er, die chirurgischen Nachkontrollen könnten abgeschlossen werden und es seien keine weiteren Massnahmen und keine Änderung der post operativen Medikation gemäss der Austritts-Medikamentenliste notwendig. Der Beschwerdeführer würde sich bei Bedarf spontan wieder melden. 3. 4

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie , vom RAD hielt in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 1. September 2021 ( Urk. 8/173/8) fest, die am 29. Juli 2021 durchgeführte abdominale Revisions-Operation nach Anlegen eines Magenbypasses 2010 könne bei normalem Verlauf medizinteoretisch zwar im Rahmen der postoperativen Rekonvaleszenz für maximal vier Wochen eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich belastende Tätigkeiten begründen, mehr aber auch nicht. In diesem Fall sei nun wegen einer Pouch -Insuffizienz zwar wenige Tage nach Entlassung nochmals eine stationäre Aufnahme und parenterale Ernährung für ca. fünf Tage, jedoch keine erneute operative Intervention notwendig gewesen, sodass sich aus

versicherungsmedizinischer Sicht der Zeitraum der anzuerkennenden Arbeits unfähigkeit um maximal zwei Wochen erhö h e . Nach der Revisions-Operation vom 2 9. Juli 2021 sei damit von einer maximal sechswöchigen vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, d.h. bis längstens Mitte September 2021. 3. 5

Der behandelnde Dr. med. F.\_\_\_\_ , Allgemeine Innere Medizin FMH, führte in seinem Bericht vom 2 5. Januar 2022 ( Urk. 8/127/1-2) aus, der Beschwerdeführer gebe an, nach dem Frühstück für zwei bis drei Stunden müde zu sein. Hierbei handle es sich wahrscheinlich um ein Dumping. Um diese Problematik zu beheben, werde er eine Liraglutid -Therapie beginnen. 3. 6

Die behandelnden Dr. Z.\_\_\_\_ und Prof. em . Dr. A.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 1 6. Mai 2022 ( Urk. 8/138/3-6) die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung / impulsiver Typus (ICD-10 F60.30) sowie einer mittel gradig depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und gingen aus psychiatrisch-psychologischer Sicht von einer 80%igen Arbeits unfähigkeit aus. 3. 7

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Zentrum H.\_\_\_\_ , stellte in seinem Beric h t v o m 9. Juni 2022 ( Urk. 8/143 ) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3-4) : -

Spinalkanalstenose L2/3 - osteodiskogen und zusätzlich epidurale Lipomatose - Klinik: - nach ca. 10-20 Minuten Stehen oder Gehen Schmerzausstrahlung in beide lateralen Oberschenkel - Bildgebung: - MRI LWS 6. Mai 2021: degenerative Veränderungen der Wirbelsäule wie beschrieben bzw. Veränderungen DD im Rahmen eines Morbus Scheuermann ausgeprägt im Segment LWK 2/3 mit hier deutlicher Spinalkanaleinengung. Moderate Neuroforameneinengung LWK 5/SWK beidseits rechts betont mit Affektion Wurzel L5 beidseits neuroforaminal vor allem rechts bei beidseitiger Spondylolyse LWK 5 mit Anterolisthese um 4 mm. Leicht flüssigkeitsgefüllte Facettengelenke LWK 3-SWK 1 beidseits DD leicht reaktiv - Therapie: - Stabilisationstraining - BV-gesteuerte Facettengelenksinfiltration mit gutem Ansprechen - September 2021 klinisch und sonografisch

Meralgia

parästhetica rechts - Status nach Knie-TP beidseits 2019 bei Pangonarthrose beidseits mit Knochen ödem rechts > links - Risikofaktoren: Status nach Menis k ektomie , Adipositas - MRI Kniegelenk rechts 1 4. November 2018: medialbetonte aktivierte Pangonarthrose mit subchondraler

Nekrotisierung am medialen Femur kondylus und am Tibiaplateau . Subluxierter medialer Meniskus mit Einrissen im Hinterhorn. Entsprechender Gelenkserguss - MRI Kniegelenk links 1 3. November 2018: g egenüber dem 8. November 2017 progrediente

medialbetonte

Pangonarthrose mit subluxiertem und eingerissenem

mediale m Meniskus im Hinterhorn. Leichte Abnahme der subchondralen

Nekrosezone am medialen Femurkondylus mit unverändertem

Gelenkserguss und Zeichen einer proliferativen Synovitis - Punktat Kniegelenk rechts 4. Oktober 2018: k ein Kristallnachweis, Zellzahl 100

pro Mikroliter - kein ausreichendes Ansprechen auf Infiltration mit Steroiden und Sinovial

ONE zuletzt beidseits 15. Oktober 2018 - zuletzt vollständige Punktion (rechts 50 ml, links 5 ml) und Infiltration mit

Sinovial 0.8 % und Naropin 0.2 % am 20. Dezember 2018 (ohne Steroide), Kulturen abgenommen beidseits

sonographisch und radiologisch Fabella

dolorosa beidseits - sekundäre Gewichtszunahme bei Restriktionsverlust durch Pouchdilatation - Status nach laparoskopischer Magenbypass mit FOBI-Ring Implantation in der Klinik O.\_\_\_\_

9. Juni 2010 (fecit Dr. I.\_\_\_\_) - 29. Juli 2021 laparoskopische

Pouchrevision mit Neuanlage des Pouchs, laparoskopische Resektion des Restmagenfundus,

laparoskopisches Entfernen des Fobi Rings, laparoskopische

Adhäsiolyse - Vitamin D - Mangel unter Substitution

Dazu führte er aus, es bestehe eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule und Kniegelenke. Aus rheumatologischer Sicht sei eine leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit an einem ergonomischen Arbeitsplatz während ungefähr sechs Stunden pro Tag zumutbar (S. 6). 3.8

Im seinem Bericht vom 7. Juli 2022 (Urk. 8/156/3-7) hielt

Dr. F.\_\_\_\_

fest, der Beschwerdeführer sei ungefähr alle zwei Monate in seiner Behandlung. Er leide unter einer Fatigue-Symptomatik, einem Verdacht auf Dumpings mit vermehrtem Schlafbedarf und zudem Rückenschmerzen. Ihm sei eine dem Leiden angepasste Tätigkeit gegebenenfalls während zwei Stunden am Tag zumutbar. 3.9

Mit versicherungsmedizinischer Beurteilung vom 1. bzw. 5. September 2022 (Urk. 8/173/14) ergänzten Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie vom RAD, dass sich die in den aktuellen Arztberichten aus dem Jahr 2022 angegebenen somatischen Diagnosen teilweise in der Formulierung leicht von denjenigen im Gutachten unterscheiden würden, während die psychische Hauptdiagnose im einzigen psychiatrischen Arztbericht dieselbe sei wie im früheren Bericht vom 7. April 2020, welcher bei der interdisziplinären Begutachtung vorgelegen habe. Damals schon sei diese Diagnose nicht bestätigt worden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers medizintheoretisch überwiegend wahrscheinlich nicht wesentlich verändert seit dem Zeitpunkt der letzten RAD-Stellungnahme vom 1. September 2021. Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitsbewertung für eine angepasste Tätigkeit werde empfohlen, unter Abstützung auf die aktuelle rheumatologische Bewertung [von Dr. G.\_\_\_\_, vorstehend E. 3.7] aus versicherungsmedizinischer Sicht unter Abwandlung der gutachterlichen Bewertung davon auszugehen, dass keine vollschichtige Präsenz möglich sei, sondern eben nur sechs Stunden pro Tag bei Akzeptanz der gutachterlich-psychiatrisch angegebenen Leistungsminderung von 30%, retrospektiv ab dem Zeitpunkt sechs Wochen nach der letzten Magenbypass-Operation, also spätestens ab Mitte September 2021. 3.10

Mit Stellungnahme vom 2. Juni 2023 (Urk. 8/184/2) führte Dr. E. \_\_\_ vom RAD aus, die Reduktion der dem Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit möglichen Präsenz von ursprünglich « vollschichtig » (8-8,5 Stunden pro Tag) laut Gutachten auf sechs Stunden pro Tag sei in der letzten RAD-Stellungnahme vom 1. September 2022 expressis verbis unter Akzeptanz der rheumatologischen - und somit somatischen - Beurteilung des Gesundheitszustandes durch den behandelnden Rheumatologen Dr. G. \_\_\_ erfolgt, während die 30%ige Reduktion der Leistungsfähigkeit auf der laut gutachterlich-psychiatrischen Beurteilung der Auswirkung der « depressiven Symptomatik » auf die Arbeitsfähigkeit basiere - und eben medizintheoretisch unabhängig sei von der Dauer einer Arbeitstätigkeit. Damit sei ab spätestens Mitte September 2021 aus versicherungsmedizinisch-orthopädischer Sicht eine leidensangepasste Tätigkeit während sechs Stunden pro Tag möglich, wobei aber aus psychiatrischer Sicht eine Leistungsminderung von 30 % bestehe. 4.

## E. 9

00.-- werden

dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostspflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Tomas Kempf - 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin  
Gräub Lanzicher

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