

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00037 vom 29. November 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00037

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00037 du 29 novembre 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00037 del 29 novembre 2024

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1983, meldete sich am 23. Dezember 2020 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf einen Mikrostrabismus des rechten Auges mit Spontandiplopie und unharmonischer ARK (anormale retinale Korrespondenz) und eine seit Mitte Juli 2020 bestehende (teilweise) Arbeitsunfähigkeit bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Diese tätige erwerbliche und medizinische Abklärungen und erteilte mit Mitteilung vom 18. März 2021 Kostengutsprache für ein sehbehinderten technisches Assessment bei der Y.____

(Urk. 7/28). Mit Mitteilung vom 30. April 2021 erteilte die IV-Stelle sodann Kostengutsprache für einen persönlichen Support am Arbeitsplatz vom 11. Mai 2021 bis 10. September 2021 bei der Z.____ AG (Urk. 7/40), wo der Versicherte seit dem 1. Dezember 2019

in einem 100 %-Pensum als Logistikmitarbeiter angestellt war (Urk. 7/58). Nachdem es dem Versicherten in der Folge möglich war, bei seiner bisherigen Arbeitgeberin einer seiner gesundheitlichen Situation angepassten Tätigkeit in einem 60 %-Pensum nachzugehen, eine weitere Steigerung indes nicht absehbar war (Urk. 7/56/2), schloss die IV-Stelle den Arbeitsplatzverlust ab und leitete die Rentenprüfung ein (Urk. 7/55). Nach Aktualisierung der medizinischen Aktenlage veranlasste die IV-Stelle eine Begutachtung des Versicherten in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Ophthalmologie, Psychiatrie sowie Rheumatologie, wobei das Gutachten der A.____ GmbH am 31. Juli 2023 erstattet wurde (Urk. 7/131). Gestützt hierauf stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 29. August 2023 die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/136). Dagegen erhob der Versicherte Einwand (Urk. 7/148, 149, 174). Mit Verfügung vom 27. November 2023 verfügte die IV-Stelle wie vorbeschrieben (Urk. 7/176 = Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. 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 Dezember 2020

anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung (Urk. 7/3) könnten allfällige Leistungen frühestens ab Juni 2021 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). 1.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 15. Januar 2024 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm eine angemessene Umschulung zu gewähren. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei mindestens eine halbe Rente zu gewähren (Urk. 1 S. 2). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer seit Juni 2020 in sämtlichen Tätigkeiten eingeschränkt arbeitsfähig sei, weshalb das gesetzliche Wartejahr in jenem Zeitpunkt eröffnet werde. Laut medizinischer Aktenlage bestehe ab Juni 2021 eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Logistiker. Die Erwerbseinbusse betrage somit 30 %, was auch dem Invaliditätsgrad entspreche, weshalb kein Rentenanspruch bestehe. Auch nach Prüfung des Einwands und den damit aufgelegten medizinischen Berichten werde weiterhin auf das Gutachten der A.____ GmbH abgestellt und am Entscheid festgehalten (Urk. 2).

In ihrer Beschwerdeantwort ergänzte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen, dass im vorliegenden Fall, in welchem sowohl in der angestammten als auch in jeglicher angepassten Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit vorliege und das Invaliden- sowie auch Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu ermitteln seien, ein Prozentvergleich vorgenommen werden könne. Auch ein leidensbedingter Abzug von 10 % ändere nichts am rentenausschliessenden Invaliditätsgrad (Urk. 6).

E. 2.2

Demgegenüber rügte der Beschwerdeführer zunächst eine Verletzung des rechtlichen Gehörs sowie der Begründungspflicht, da die Beschwerdegegnerin nicht umfassend zur

Einwandbegründung und den eingereichten medizinischen Unterlagen Stellung genommen habe. Sodann werde die 70%ige Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit bestritten, zumal sich in der bisherigen Tätigkeit am realen Objekt gezeigt habe, dass dies nicht gehe. Zudem habe die Beschwerdegegnerin den 10%igen leidensbedingten Abzug nicht gewährt, obwohl dieser spätestens ab 1. Januar 2024 gelte und sie habe auch keinen Einkommensvergleich vorgenommen, was nachzuholen sei. Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin vor Erlass der Verfügung die beruflichen Massnahmen nicht geprüft (Urk. 1).

In der Replik ergänzte der Beschwerdeführer, die A.____-Gutachter hätten nicht alle Diagnosen berücksichtigt, über die in den IV-Akten berichtet worden sei. Zudem hätten sie das obstruktive Schlafapnoesyndrom als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit taxiert, obwohl er – der Beschwerdeführer – schlecht schlafe und sich in der Nacht nicht erholen könne (Urk. 11).

E. 3

Vorab zu prüfen ist die Rüge des Beschwerdeführers, wonach die IV-Stelle das rechtliche Gehör verletzt haben soll. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass sich die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 27. November 2023 mit den vom Beschwerdeführer erhobenen Einwänden auseinandersetzte (Urk. 2 S. 2). So hielt sie unter Bezugnahme auf die mit dem Einwand eingereichten medizinischen Unterlagen fest, dass die Bestandteile der Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit im Gutachten berücksichtigt und gewürdigt worden seien und sich der Gesundheitszustand seitdem nicht wesentlich verändert habe. Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, inwiefern sich die IV-Stelle ungenügend mit den vorgebrachten Einwänden auseinandergesetzt und demzufolge das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt haben sollte, zumal sie die Vorbringen offensichtlich gehört, geprüft und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt hat (vgl. insbesondere act. 7/175, zweimalige Vorlage an den RAD im Einwandverfahren). Im Rahmen der Begründungspflicht ist denn auch nicht erforderlich, dass sich die Behörde mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken, so dass sich der Betroffene über die Tragweite des Entscheides Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann (vgl. dazu BGE 136 I 229 E. 5.2; 124 I 83 E. 4.1). Dies war dem Beschwerdeführer offensichtlich möglich.

E. 4.1

Die Gutachter der A.____ GmbH nannten in ihrem Gutachten vom 31. Juli 2023 folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/131/9): - Diplopie bei (ICD-10 H53.2) - Esotropie (rechtes Auge; ICD-10 H50.0) - Amblyopie (rechtes Auge) bei (ICD-10 H53.0) - Anisometropie und Schielstellung (ICD-10 H52.3; H50.4) - Chronische multifaktorielle, therapieresistente Kopfschmerzproblematik - formale chronische Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.3) - unterlagert chronisches Spannungs-Typ Kopfschmerz (ICD-10 G44.2) - anamnestic Status nach Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerz bis 04/2023 (ICD-10 G44.4) - mögliche asthenope Beschwerden (Kopfschmerzen, ICD-10 H53.1) Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten sie die Folgenden auf (Urk. 7/131/9): - Adipositas mit BMI von 37 kg/m² (ICD-10 E66.0) - Dyslipidämie (ICD-10 E78.2) - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10 G47.33) - unter

CPAP-Therapie - Polygraphie-Bericht 06/2020 AHI 27,6/h - Asthma bronchiale (ICD-10 J45) - Fehlsichtigkeit (rechts und links: Hyperopie, rechts: Astigmatismus; ICD-10 H52.0; H52.2) - Benetzungsstörung (ICD-10 H04.1) - Blepharochalase (ICD-10 H02.3) - Inzidentelle unspezifische hyperintense Marklagerläsionen supratentoriell ED 12/2020 (ICD-10 R90.8) - im Verlauf grössenkonstant - Liquorabklärung negativ

E. 4.2

Aus allgemeininternistischer Sicht hätten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Im Vordergrund stünden die Kopfschmerzproblematik, zu welcher im neurologischen Gutachten Stellung bezogen werde, sowie die Doppelbilder, welche im ophthalmologischen Gutachten diskutiert würden. Weder das Schlafapnoe-Syndrom, welches aktuell mit einer CPAP-Therapie behandelt werde, noch die Adipositas oder das Asthma, welche s mit Foster Inhalationen gut kontrolliert sei, würden die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränken (Urk. 7/131/31 f.).

Aus rein internistischer Sicht habe zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (Urk. 7/131/33).

E. 4.3

In der psychiatrischen Untersuchung habe sich ein vollkommen unauffälliger psychopathologischer Befund gezeigt. Lediglich gegen Ende des Gespräches habe sich die Stimmungslage ob der Gesamtsituation in einer subdepressiv herabgesetzten Weise gezeigt, was jedoch als normalpsychologisch nachvollziehbar und ohne Krankheitswert anzusehen sei. Gesamthaft sei kein Störungsbild aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen zu diagnostizieren, insbesondere keine Depression, keine Persönlichkeitsstörung und keine Psychose (Urk. 7/131/39).

Insgesamt würden sich weder aktuell noch retrospektiv Anhaltspunkte für eine aus psychiatrischer Sicht verminderte Arbeitsfähigkeit finden (Urk. 7/131/41).

E. 4.4

Im Rahmen der rheumatologischen Anamnese habe beim Beschwerdeführer in Erfahrung gebracht werden können, dass er seit knapp zwei Jahren insgesamt dreimal in rheumatologischer Behandlung gestanden sei, mit letzter Konsultation vor knapp zwei bis drei Wochen (Urk. 7/131/42). Gemäss Aussage des Beschwerdeführers sei im Jahr 2021 eine immunsupprimierende Behandlung mit Salazopyrin Tabletten initiiert worden, weshalb angenommen werden könne, dass damals eine entzündliche Affektion vorgelegen habe. Der Beschwerdeführer habe diese Medikation wahrscheinlich allergisch bedingt sehr schlecht toleriert und habe dann über lange Zeit keine weiteren rheumatologischen Konsultationen mehr durchgeführt. Vor einigen Monaten habe eine weitere Konsultation stattgefunden, bei welcher postuliert worden sei, dass bei weiteren entzündlichen Veränderungen vor allem im Bereich der PIP-Gelenke eine immunmodulierende Therapie mit Methotrexat indiziert sei. Diese Therapie führe anamnestisch zu einer positiven Beeinflussung der Arthralgien an den Händen aber auch im Bereich der Grosszehen beidseits (Urk. 7/131/47).

Im klinischen Status habe sich ein deutlich adipöser Beschwerdeführer mit einem aktuellen BMI von 37,2 kg/m² präsentiert, wobei die Adipositas vor allem abdominal betont sei. Die segmentale Untersuchung der Wirbelsäule sei klinisch völlig unauffällig und der Status im

Bereich der Schulter- und Ellbogengelenke sei normal gewesen. Der detaillierte artikulare Status habe wenige lokale Arthralgien, betont an den PIP-Gelenken, ergeben, ohne dass klinisch inspektorisch und palpatorisch eine lokale Synovitis, Tenosynovitis oder eine Daktylitis habe festgestellt werden können. Die Funktionsgriffe der Hände seien weitgehend normal gewesen und es habe nur eine sehr geringfügige Einschränkung des kleinen Faustschlusses betreffend Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand bestanden, während der grosse Faustschluss rasch und die Greifkrafttests beidseits symmetrisch gut durchführbar gewesen seien. Der Hüftstatus sei grundsätzlich unauffällig gewesen. Die angegebenen leichten lateral ziehenden Schmerzen an der rechten Hüfte bei endphasiger Flexion und Rotation seien myofaszial zu erklären. Der Kniestatus sei ebenso wie der Sprunggelenkstatus völlig unauffällig gewesen. An den Füßen habe eine isolierte gering ausgeprägte Druckdolenz am Grosszehengrundgelenk bestanden, ohne jegliche entzündliche Veränderung an den Vorfüßen bei freier Bewegungsfähigkeit aller Gelenke. Insgesamt könne eine seronegative rheumatoide Arthritis als durchaus wahrscheinlich erachtet werden. Die immunsupprimierende Behandlung mit Methotrexat-Tabletten sei in diesem Kontext nachvollziehbar mit konsekutiv gutem Ansprechen. Eine relevante objektivierbare Entzündungsaktivität habe im Zeitpunkt der Begutachtung rein klinisch nicht festgestellt werden können (Urk. 7/131/47 f.).

In der angestammten Tätigkeit als Lagerist könne der Beschwerdeführer 8 bis 8.5 Stunden anwesend sein, wobei aufgrund der Morgensteifigkeit an Händen und Füßen und damit der effektive Arbeitsbeginn auf Mitte Morgen verschoben werden könne eine um 20 % reduzierte Leistungsfähigkeit anzunehmen sei. Insgesamt bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Urk. 7/131/49). Jegliche Tätigkeiten, welche nicht mit repetitiven grobmanuellen Belastungen verbunden seien sowie Tätigkeiten ohne Gehen auf unebenen Böden könne der Beschwerdeführer grundsätzlich ohne Einschränkungen durchführen (Urk. 7/131/50).

E. 4.5

In der neurologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer konstant vorhandene, diffus im ganzen Kopf lokalisierte Schmerzen von druckartigem Charakter, mit einer durchschnittlichen Intensität von 3-4 auf der VAS, mit täglich aber Ansteigen dieser Intensität auf über 5 und mit dann Begleitsymptomen im Sinne einer Lichtempfindlichkeit sowie Nausea und manchmal Erbrechen beschrieben (Urk. 7/131/56). Formal erfülle diese Kopfschmerzbeschreibung die Kriterien der International Headache Society (IHS) zur Stellung der Diagnose einer Migräne ohne Aura. Bei täglichem Vorhandensein handle es sich definitionsgemäss um eine chronische Migräne. Die konstant vorhandenen Schmerzen geringerer Intensität entsprächen phänomenologisch chronischem Spannungstyp-Kopfweh. Eine Medikamentenübergebrauchskomponente – wie diese aktenmässig eigentlich immer dokumentiert worden sei – liege abgestützt auf die Eigenangaben des Beschwerdeführers nun nicht mehr vor. Er habe angegeben, seit dem Trainingsprogramm im Spital B. ____ 04/2023 keine Analgetika mehr zu konsumieren, allerdings ohne Effekt auf die Kopfwehsituation. Ebenfalls keinen Effekt habe die Anwendung einer CPAP-Maske. Ein möglicher Einflussfaktor auf das Kopfweh sei auch die ophthalmologische Problematik, wobei auch hier auffalle, dass die Elimination der Doppelbilder durch das Tragen einer Abdeckbinde keinen Einfluss auf das Kopfweh habe. Überhaupt falle im Verlauf auf, dass keine der zahlreich durchgeführten Basistherapien respektive Allgemeinmassnahmen auch nur einen geringen Effekt auf die Kopfschmerzproblematik gehabt hätten. Auch sei das Auftreten

einer chronischen Migräne beim Beschwerdeführer ohne familiäre Belastung und in früheren Jahren ohne Kopfweg zumindest aussergewöhnlich. Als auslösend sehe dieser die Augenproblematik, wobei ein entsprechender Einfluss anzunehmen sei, aber sich nicht das gesamte Bild erkläre (Urk. 7/131/57).

Der klinisch-neurologische Status sei unauffällig. Das am 10. Dezember 2020 durchgeführte MRI des Schädels habe über das altersentsprechend zu Erwartende hinausgehende T2-gewichtet hyperintense Läsionen teils periventrikulär und vereinzelt juxtakortikal

bihemisphärisch

supratentoriell ergeben, 2 von 4 Barkhof -Kriterien hinsichtlich eines entzündlich-demyelinisierenden Geschehens erfüllend. Dies habe zu weiteren Abklärungen auf der Neuroimmunologie-Sprechstunde inklusive Liquorpunktion geführt, wobei keine oligoklonalen Banden hätten nachgewiesen werden können und insgesamt die Zusatzbefunde gegen das Vorliegen einer chronisch-entzündlichen ZNS-Erkrankung gesprochen hätten. Auch ein Kontroll-MRI des Schädels am 15. Januar 2022 habe im Verlauf keine Progredienz dieser Hyperintensitäten ergeben und eine Abklärung der spinalen Achse 12/2020 habe keine demyelinisierenden Läsionen gezeigt. Es handle sich somit um einen klinisch asymptomatischen inzidentellen MRI-Befund, letztlich als unspezifisch zu werten. Zusammengefasst liege eine chronische, als multifaktoriell und völlig therapieresistent zu beurteilende Kopfschmerzproblematik vor. Formal handle es sich um eine chronische Migräne ohne Aura, unterlagert von einem Spannungstyp-Kopfweg, mit Status nach Medikamentenübergebrauch – und Entzug ohne Einfluss auf das Kopfweg –, mit einem nicht klar zu definierenden möglichen Einfluss einer Augenerkrankung auf das Kopfweg – ohne Besserung nach Eliminierung der Doppelbilder –, mit auch einem behandelten Schlafapnoesyndrom, welchem – zumindest unter Behandlung – kein Einfluss auf die Kopfschmerzproblematik zuzuschreiben sei (Urk. 7/131/58).

Sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagerist als auch eine angepasste Tätigkeit könne in zeitlicher Hinsicht zu 8 bis 8.5 Stunden täglich ausgeübt werden, wobei wegen der chronischen Schmerzen eine Rendementreduktion von 20 % zu attestieren sei. Insgesamt liege eine 80%ige Arbeitsfähigkeit vor, wobei diese Einschränkung seit etwa Mitte 2020 durchgehend gelte. Zur Arbeitsfähigkeitsbeurteilung sei allgemein anzumerken, dass im Rahmen einer Migräneattacke die Arbeitsfähigkeit kurzfristig und in unvorhersehbarer Weise ganz oder teilweise beeinträchtigt sein könne. Das mögliche Auftreten einer Migräneattacke bedinge aber keine prinzipielle Einschränkung. Beim Beschwerdeführer sei die Situation als chronisch und somit als schwerer zu beurteilen. Erfahrungsgemäss sei es aber so, dass in einer so therapieresistenten Situation unbeeinflusst durch alle Faktoren und Massnahmen, nicht allein somatisch- neurologische Faktoren mitspielen würden. Die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung müsse letztlich im Konsens erfolgen inklusive Berücksichtigung der ophthalmologischen und psychiatrischen Befunde (Urk. 7/131/59 f.).

E. 4.6

In der ophthalmologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer eine anhaltende Doppelbildwahrnehmung beklagt. Er sei eines Morgens im Juni 2020 aufgewacht und habe plötzlich doppelt gesehen. Seither sehe er unverändert doppelt. Zur Vermeidung der Diplopie schliesse er das rechte Auge. Dafür habe ihm der Augenarzt eine Okklusionskontaktlinse gegeben, welche er aber wegen eines Fremdkörpergefühls im Auge

nicht «vertragen» habe. Daher benutze er jetzt eine Augenklappe vor dem rechten Auge. Auf diese Weise fahre er auch seit etwa zwei Jahren Auto. Er habe gelernt, den Kopf beim Autofahren vermehrt zu drehen, um den fehlenden Seheindruck auszugleichen. Beim Parkieren habe er grosse Probleme, da er die Distanzen nicht so gut einschätzen könne. Die Augenklappe trage er vor allem dann, wenn er etwas genau anschauen wolle, so beispielsweise beim Lesen, da ihn sonst das doppelte Bild sehr störe. Da er beim Lesen nur mit dem linken Auge schaue, ermüde dieses schnell und er verspüre nach kurzer Zeit (ca. 10 bis 20 Minuten) ein Augenbrennen und die Sicht verschwimme. Sein Augenarzt habe ihm Augentropfen (Opticrom) verordnet. Auch leide er unter ständigen Kopfschmerzen, welche unabhängig vom Lesen oder Fernsehen bestünden und praktisch ständig vorhanden seien. Er erwache schon am Morgen mit Kopfschmerzen und könne am Abend oft wegen Kopf schmerzen nicht einschlafen. Auch fühle er sich vermehrt geblendet, beispielsweise in der Nacht durch entgegenkommende Scheinwerfer, weshalb er es möglichst vermeide, in der Nacht Auto zu fahren (Urk. 7/131/63).

Es sei versucht worden, die Suppression des rechten Auges durch eine aus schleichende Okklusion mit Bangerter Folien wieder zu festigen. Da dies nicht habe erreicht werden können, müsse zur Vermeidung der Diplopie das amblyope rechte Auge weiterhin permanent okkludiert werden. Eine Okklusionskontaktlinse sei vom Beschwerdeführer nicht «vertragen» worden, sodass die Okklusion jetzt durch eine Augenklappe erfolge. Es sei überprüft worden, ob ein Ausgleich mittels Prismenkorrektur möglich sei. Aufgrund eines wechselnden Schielwinkels sei diese Option oder gar eine erneute Schieloperation jedoch verworfen worden (Urk. 7/131/68).

Aus ophthalmologischer Sicht sei geschätzt worden, dass der Beschwerdeführer 6 Stunden am Tag arbeiten könne. Auch ein Sehbehindertenassessment sei zum Ergebnis gekommen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers um ca. 30 % reduziert sei. Auch aktuell würden sich keine wesentlich veränderten Befunde zeigen. Es bestehe weiterhin eine – als Folge der Diplopie – erzwungene

Monovision, wobei es sich bei dem okkludierten Auge um ein amblyopes Auge handle. Mit adäquater Brillenkorrektur erreiche der Beschwerdeführer eine volle Fern- und Nahsehschärfe. Es bestünden reizfreie, intakte ophthalmologische Befunde. Aufgrund der Monovision könne eine schnellere Ermüdung beim Lesen oder bei der PC-Arbeit resultieren. Tätigkeiten mit erhöhtem Gefahrenpotential (z.B. Gabelstaplerfahren, Arbeiten auf Gerüsten) seien nicht mehr geeignet (Urk. 7/131/67 f.).

In der bisherigen Tätigkeit könne der Beschwerdeführer in zeitlicher Hinsicht 6 Stunden täglich anwesend sein. Dabei bestehe aufgrund des erhöhten Pausen bedarfs eine etwas eingeschränkte Leistungsfähigkeit, welche weitgehend durch die Stundenreduktion kompensiert werden könne. Insgesamt bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, wobei diese Einschätzung seit Juni 2020 und bis auf Weiteres gelte. In Tätigkeiten mit nur geringen Anforderungen an die Sehfähigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/131/69).

E. 4.7

Im Rahmen der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, sowohl aus rheumatologischer wie auch aus neurologischer Sicht bestehe eine leicht eingeschränkte Arbeitsfähigkeit aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Dies werde in der Attestierung einer 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus ophthalmologischer Sicht (ebenfalls

aufgrund eines aus ophthalmologischer Sicht leicht erhöhten Pausenbedarfs) bereits berücksichtigt. Hinzu kämen qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus ophthalmologischer Sicht, indem der Beschwerdeführer nur Tätigkeiten mit geringen Anforderungen an die Sehfähigkeit und ohne Notwendigkeit eines intakten Stereosehens ausführen könne (Urk. 7/131/10).

In der bisherigen Tätigkeit könne der Beschwerdeführer in zeitlicher Hinsicht 6 Stunden anwesend sein, wobei aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs und reduzierten Rendements eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit bestehe, was weitgehend durch die Stundenreduktion abgebildet sei. Insgesamt bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Nach vorangehend nicht dauerhaft höhergradig eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und auf 50 % reduzierter Arbeitsfähigkeit ab Juni 2020 könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit seit Juni 2021 angenommen werden (Urk. 7/131/10 f.). In einer angepassten Tätigkeit könne der Beschwerdeführer ebenfalls 6 Stunden anwesend sein. Möglich seien leichte bis mittelschwere, wechselnd belastende Tätigkeiten. Es müsse sich um eine Tätigkeit mit durchschnittlichen Anforderungen an die Sehfähigkeit, ohne Anforderungen an ein intaktes Stereosehen und ohne Gefahrenpotential handeln. Die Tätigkeit soll te nicht verbunden sein mit repetitiven grobmanuellen Belastungen respektive Tätigkeiten mit Gehen auf unebenen Böden. Aufgrund eines erhöhten Pausen bedarfs und reduzierten Rendements bestehe eine eingeschränkte Leistungsfähig keit, welche weitgehend durch die Stundenreduktion abgebildet sei. Insgesamt bestehe auch in angepasster Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/131/11).

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrem Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre A.____-Gutachten vom 31. Juli 2023 (Urk. 7/131). Dieses ver mag zu überzeugen. Es wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten (Urk. 7/131/7 f., 15 ff.) und den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (Urk. 7/131/29 f., 36 f., 43 ff., 52 ff., 63 ff.) sowie gestützt auf die umfassenden und sorgfältigen fachärztlichen Untersuchungen (Urk. 7/131/30 f. , 38, 45 f., 54 f., 64 ff.) erstattet. Die medizinischen Überlegun gen sowie die daraus gezogenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und detailliert begründet (Urk. 7/131/7 ff., 31 ff., 39 ff., 47 ff., 55 ff., 67 ff.). Mithin erfüllt das Gutachten die an eine beweiskräftige ärztliche Beurteilung gestellten Anforderungen (vgl. E. 1.3) vollumfänglich.

E. 5.2.1

Soweit der Beschwerdeführer bemängelt, die A.____-Gutachter hätten nicht alle Diagnosen berücksichtigt, über die in den IV-Akten berichtet werde (Urk. 11 S. 2), kann ihm nicht gefolgt werden. Nicht nur waren den Gutachtern sämtliche Vorakten bekannt und wurden von diesen berücksichtigt (Urk . 7/131/7 f., 15 ff.). Vielmehr setzte sich der rheumatologische Gutachter eingehend mit den vom Beschwerdeführer beklagten Arthralgien an den Händen, den intermittierenden Handgelenksbeschwerden sowie auch den Vorfussschmerzen auf Höhe der Grosszehe auseinander (Urk. 7/131/43) und führte die chronische seronegative rheumatoide Arthritis als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 7/131/49). Zwar fehlt Letztere in der Diagnoseauflistung im Rahmen der Konsensbeurteilung (Urk. 7/131/9). Trotzdem fanden die entsprechenden Beschwer den Eingang in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, attestierte der rheumatologische Gutachter doch eine 20%ige Einschränkung der Leistungs fähigkeit

aufgrund der Morgensteifigkeit an Händen und Füßen (Urk. 7/131/49), was auch im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt wurde (Urk. 7/131/10). Hinreichende Berücksichtigung fand sodann auch die Diagnose einer Adipositas, welche r die Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuschrieben (Urk. 7/131/9, 32, 49). Dasselbe gilt für die Diagnose des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms. Diesbezüglich berichtete der Beschwerdeführer gegenüber dem neurologischen Gutachter, dass er jeweils mit einer Maske schlafe, worunter sein Schlaf besser geworden sei (Urk. 7/131/53). Vor diesem Hintergrund erscheint die Schlussfolgerung der Gutachter, wonach dem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuzuschreiben sei (Urk. 7/131/9, 32), plausibel und nachvollziehbar. Diesbezüglich ist denn auch darauf hinzuweisen, dass es für die Belange der Invalidenversicherung nicht auf die Diagnose ankommt, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat, und dass von einer Diagnose denn auch nicht direkt auf die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_571/2023 vom 11. Januar 2024 E. 6.4 mit Hinweisen).

E. 5.2.2

Auch der vom Beschwerdeführer nach Erstattung des Gutachtens aufgelegte Bericht (Urk. 3) von Prof. Dr. med. C. ____ , Fachärztin FMH für Ophthalmologie, vermag das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen, weist dieser doch einzig auf die den Gutachtern bekannten und im Rahmen der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung umfassend berücksichtigten (Urk. 7/131/10 f.) Augenbeschwerden und Kopfschmerzen hin. Insofern ergeben sich daraus keine medizinischen Erkenntnisse, welche im Rahmen der Begutachtung unberücksichtigt geblieben wären und Zweifel am Gutachten zu begründen vermöchten. Im Übrigen gilt es denn auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass s behandelnde Ärzte (seien es Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.).

E. 5.2.3

Der Beschwerdeführer wendet sodann ein, es habe sich in der bisherigen Tätigkeit am realen Objekt gezeigt, dass eine 70%ige Arbeitsfähigkeit nicht möglich sei (Urk. 1 S. 2 f.). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen rechtsprechungsgemäss nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die medizinischen Fachpersonen zu beantworten ist. Den Erkenntnissen von Eingliederungsfachpersonen im Rahmen von beruflichen Abklärungen respektive Programmen bezüglich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit kommt nur beschränkte Aussagekraft zu; sie beruhen in der Regel nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben (Urteile des Bundesgerichts 8C_170/2021 vom 23. September 2021 E. 5.1.2.2 und 8C_21/2020 vom 8. April 2020 E. 4.1.2, je mit Hinweisen). Mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung ist jedoch einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzuspochen. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie

sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen. Diesfalls ist eine klärende medizinische Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (Urteile des Bundesgerichts 8C_217/2023 vom 1. September 2023 E. 4.1.1 und 8C_266/2022 vom 8. März 2023 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Vorliegend steht die medizinische Einschätzung entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers gerade nicht in erheblicher Diskrepanz zur Leistung, welche er während des Sehbehindertentechnischen Supported Employment durch die Y.____ zeigte. So übte er nach anfänglicher 50%iger Krankschreibung ab dem 1. Juni 2021 ein 70 %-Pensum aus (Urk. 7/54/3), wobei der zuständige Berater der Y.____ diesbezüglich festhielt, der Beschwerdeführer erfülle die fachlichen Voraussetzungen am Arbeitsplatz grundsätzlich gut und könne die ihm zugeteilten Aufgaben zur Zufriedenheit des Arbeitgebers ausführen. Dass das Arbeitspensum von 70 % nicht zu 100 % mit Arbeitsaufträgen ausgefüllt werden konnte, wurde damit begründet, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der Einschätzung des Arbeitgebers einige Tätigkeiten weiterhin nicht zugemutet werden konnten (Urk. 7/54/3). Auch in Bezug auf das nach Abschluss des Sehbehindertentechnischen Supported Employment vom Beschwerdeführer ausgeübten 60 %-Pensum (Urk. 7/56/2) berichtete die Arbeitgeberin, dass er in diesen 60 % einfach nicht alle Aufgaben machen könne (Urk. 7/79). Diese Einschätzung der Arbeitgeberin, welche in erster Linie die subjektive Arbeitsleistung des Beschwerdeführers wiedergibt, vermag die von den Gutachtern eingeschätzte medizinisch-theoretische Leistungsfähigkeit nach dem Gesagten nicht in Zweifel zu ziehen.

E. 5.2.4

Nicht gefolgt werden kann schliesslich auch dem Einwand des Beschwerdeführers, wonach das A.____-Gutachten auch deshalb nicht nachvollziehbar sei, weil es ihm eine Tätigkeit von 6 Stunden pro Tag zumute, bei welcher er 70 % des Validenlohnes realisieren könne, wobei diese Berechnung nicht nachvollziehbar sei (Urk. 11 S. 3). Diesbezüglich verkennt der Beschwerdeführer, dass es sich bei der Einschätzung der Gutachter um eine rein medizinische Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit handelt. Aus der Beantwortung der entsprechenden Fragen zur Arbeitsfähigkeit ergibt sich, dass die Gutachter zunächst die Zeitkomponente (tägliche Präsenzzeit von 6 Stunden) und die Leistungskomponente (eingeschränkte Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs und reduzierten Rendements) je einzeln beurteilten und anschliessend unter Berücksichtigung des Umstands, dass die eingeschränkte Leistungsfähigkeit weitgehend durch die Stundenreduktion abgebildet sei, zusammenfassend bezogen auf ein 100 %-Pensum dem Beschwerdeführer eine 70%ige Arbeitsfähigkeit attestierten (Urk. 7/131/10 f.). Diese Einschätzung lässt keine Fragen offen, zumal eine tägliche 6-stündige Präsenzzeit ausgehend von einer regulären täglichen Präsenzzeit von 8.4 Stunden bei einem 100 %-Pensum, einem 70 %-Pensum entspricht ($6 \times 100 : 8.4 = 71.4 \%$).

E. 5.3

Nach dem Gesagten sind keine Gründe ersichtlich, welche an der Beweiskraft des polydisziplinären A.____-Gutachtens vom 31. Juli 2023 zweifeln liessen, weshalb die

IV-Stelle zu Recht darauf abstellte . Weitere Abklärungen (vgl. Urk. 1 S. 4; Urk. 11 S. 2) sind vor diesem Hintergrund nicht notwendig

(antizipierte Beweis würdigung, BGE 144 V 361 E. 6.5, BGE 136 I 229 E. 5.3 mit Hinweisen , BGE 124 V 90 E. 4b).

Demnach ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer seit Juni 2021 in angestammter sowie angepasster Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig ist.

E. 6.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei 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).

Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dies stellt keinen «Prozentvergleich» dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1

E. 6.2

Wie vorstehend dargelegt ist der Beschwerdeführer in angestammter Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig. Entsprechend sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Verdienst zu berechnen, weshalb sich deren genaue Ermittlung erübrigt. Im Sinne einer rechnerischen Vereinfachung entspricht der Invaliditätsgrad folglich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, mithin 30 % (Valideneinkommen 100 % - Invalideneinkommen 70 %).

Soweit der Beschwerdeführer einen 10%igen leidensbedingten Abzug geltend macht (Urk. 1 S. 3) , ist

darin zu erinnern, dass vorliegend ein allfälliger Rentenanspruch ab Juni 2021 in Frage steht (vgl. vorstehend E. 1.1), weshalb der erst seit 1. Januar 2024 in Kraft stehende Art. 26 bis Abs. 3 IVV keine Anwendung findet.

Selbst wenn zugunsten des Beschwerdeführers ein leidensbedingter Abzug von 10 % gewährt würde, resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 37 % (100 % - [70 % x 0.9]).

E. 7

.2

Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass die IV-Stelle mit der angefochtenen Verfügung vom 27. November 2023 nur – aber immerhin – einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung verneint hat. Die leistungsabweisende Verfügung trägt den Titel «Kein Anspruch auf eine Invalidenrente». Die Beschwerdegegnerin erwähnte lediglich in den Erwägungen zum Sachverhalt, dass der Beschwerdeführer für die Zeit ab Februar 2021 bis September 2021 durch die Eingliederungsberatung begleitet worden sei, wobei die Eingliederungsberatung per 5. Oktober 2021 abgeschlossen worden sei (Urk. 2 S. 1). Zu einem allfälligen Anspruch auf berufliche Massnahmen hat sie jedoch keine Stellung genommen.

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung oder eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist.

Nach dem Gesagten ist der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nicht Gegenstand der vorliegend angefochtenen Verfügung, weshalb es diesbezüglich an einem Anfechtungsobjekt fehlt. Insofern ist auf den Antrag des Beschwerdeführers, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm eine angemessene Umschulung zu gewähren (Urk. 1 S. 2), nicht einzutreten.

E. 8

.

Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens. Dementsprechend ist die Beschwerde abzuweisen, soweit auf sie einzutreten ist.

E. 9

.

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. 8 00.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8 00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas - 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 Philipp R. Müller

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