

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00413 vom 15. September 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-09-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00413](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00413)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00413 du 15 septembre 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00413 del 15 settembre 2025

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1976, arbeitete ohne Ausbildung seit über 15 Jahren im Gastronomie- und Hotelbereich (Urk. 6/11 Ziff. 5.3, Urk. 6/19/3 Ziff. 3) und war zuletzt vom 1. August bis 30. September 2019 in einem Pensum von 100 % als Buffetier

angestellt (Urk. 6/11 Ziff. 5.4), als er sich am 27. März 2020 unter Hinweis auf verschiedene psychische Beschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 6/11 Ziff. 6.1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte in der Folge erwerbliche (Urk. 6/1-4, Urk. 6/7-10, Urk. 6/20, Urk. 6/22-23) sowie medizinische Abklärungen (Urk. 6/25, Urk. 6/38, Urk. 6/40), führte am 27. April 2020 ein Standortgespräch durch (Urk. 6/19)

und zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 6/13, Urk. 6/21). Am 12. November 2020 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, aufgrund seines Gesundheitszustandes seien derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich (Urk. 6/29). Mit Schreiben vom 19. Mai 2021 auferlegte die IV-Stelle dem Versicherten im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht die Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung, die leitliniengerechte Anpassung der Medikation sowie die vollständige Abstinenz von Alkohol und Kokain (Urk. 6/42), tätigte weitere medizinische Abklärungen (Urk. 6/46, Urk. 6/58, Urk. 6/62, Urk. 6/65, Urk. 6/67-68) und veranlasste eine rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung des Versicherten (Gutachten vom 3. Februar 2023, Urk. 6/91). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/94, Urk. 6/103, Urk. 6/112), in dessen Rahmen weitere Arztberichte eingereicht wurden (Urk. 6/102, Urk. 6/107, Urk. 6/110-111) und der Versicherte Gelegenheit erhalten hatte, zu den nach Eingang einer anonymen telefonischen Meldung getätigten Spezialabklärungen Stellung zu nehmen (Urk. 6/114-115, Urk. 6/117, Urk. 6/120-12)

### 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 März 2020 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab September 2020 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.

### **E. 1.4**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 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).

### **E. 1.5**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche

Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der rentenverneinenden Verfügung vom 10. Juni 2025 fest, gestützt auf die psychiatrisch-rheumatologische Begutachtung könne dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Buffetier aufgrund der Angst vor Menschenansammlungen seit dem 25. September 2020 (richtig wohl: 2019) nicht mehr zugemutet werden (Urk. 2 S. 1). Eine angepasste Tätigkeit sei jedoch im Umfang von 60 % zumutbar, seit Anfang des Jahres 2020 zu 80 %. Unter Einhaltung der bestehenden Gesprächstherapie und der regelmässigen Einnahme der Psychopharmaka sei eine weitere Verbesserung der Gesundheit möglich.

Eine Erwerbseinbusse sei damit nicht ausgewiesen und es bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Im Rahmen des Einwandverfahrens habe der Beschwerdeführer eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht. Nach einer anonymen Meldung seien Spezialabklärungen durchgeführt und dem Beschwerdeführer sei das Ergebnis schriftlich eröffnet worden. Dieser sei in der Lage, Einkäufe ausserhalb der Randzeiten in einem grossen Einkaufszentrum zu tätigen und soziale Kontakte zu pflegen. Auch das psychiatrische Gutachten vom 2. Februar 2023 weise bereits auf Inkonsistenzen hin (S. 2). 2.2

Demgegenüber führte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde aus, er sei gesundheitlich weiterhin schwer angeschlagen und gehe regelmässig in Therapie. Zum Überleben nehme er jeden Tag Medikamente ein, er sei mit der Beurteilung in der angefochtenen Verfügung nicht einverstanden

(Urk. 1). 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und insbesondere die Höhe der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. 3. 3. 1

Der behandelnde Psychiater Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 27. Dezember 2019 (Urk. 6/13/4-8) folgende Diagnosen (Ziff. 5): - depressive Episode, mittelgradig (ICD-10 F33.0) - Verdacht auf Angst-/Panikstörung (ICD-10 F41.0) - akzentuierte Persönlichkeitsstruktur (DD: Persönlichkeitsstörung, ICD-10 F6)

Der Beschwerdeführer beschreibe seine Kindheit als schwierig, wobei er eine schwere Typhuserkrankung sowie mehrfache Vergewaltigungen erlebt habe. Bereits im Alter von sieben Jahren habe er seine homosexuelle Veranlagung festgestellt. Als weitere markante Lebensereignisse beschreibe er einen Zimmerbrand, bei welchem er sich auf einen Fenstersims habe retten müssen und von der Feuerwehr geborgen worden sei. Sodann berichte er, von seinem letzten Partner um Fr. 60'000.-- betrogen worden zu sein (S. 2). Der Beschwerdeführer sei wach und allseits orientiert, subjektiv jedoch in der Konzentration und im Gedächtnis vermindert. Das Denken sei logisch kohärent, aber auf die schwierige Lebenssituation, Einsamkeitsgefühle und Zukunftsängste eingeengt. Es bestünden keine Anhaltspunkte für Halluzinationen, Wahnsymptome oder Ich-Störungen. Der Beschwerdeführer beschreibe jedoch teilweise Beobachtungsideen und Ängste, dass jemand hinter der Türe sein könnte. Die Stimmung sei nieder geschlagen und pessimistisch. Gemäss seinen eigenen Angaben sei er depressiv und gelegentlich reizbar. Es bestünden Überforderungsgefühle, eine verminderte Belastbarkeit sowie ein reduziertes Selbstbewusstsein, eine Tendenz zur Freud- und Interesselosigkeit sowie eine deutliche Antriebsstörung, die Erschöpfbarkeit sei erhöht. Der Beschwerdeführer berichte von ausgeprägten Angstzuständen, teils existenzieller Natur, und beschreibe auch panikartige Zustände (Ziff. 5). Die sich aus der depressiven Episode ergebenden Symptome, unter anderem die Stimmung, kognitive Einschränkungen, die verminderte psychophysische Belastbarkeit sowie weitere Einschränkungen verunmöglichten eine teilweise oder vollständige Arbeitsaufnahme. Die gegenwärtigen psychopathologischen Auffälligkeiten hätten eine eigenständige Dynamik und bestünden losgelöst von der Kündigung in der Probezeit (Ziff. 6). Der Hausarzt habe eine Arbeitsunfähigkeit ab dem 25. September 2019 attestiert. Die psychiatrische, geschlechtstherapeutische sowie medikamentöse Behandlung habe Anfang Dezember 2019 begonnen, seither bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt könne keine Aussage über die zukünftige Arbeitsunfähigkeit gemacht werden. Bis Ende Januar 2020 sei von einer Arbeitsunfähigkeit auszugehen, längerfristige Aussagen seien noch nicht möglich (Ziff. 7 und 9). Im Zusammenhang mit den gestellten Diagnosen sei die Prognose des Krankheitsbildes grundsätzlich gut. Eine konkrete Prognose sei allerdings noch nicht möglich. Es sei jedoch davon auszugehen, dass letztlich sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne (Ziff. 8). 3. 2

In seinem Bericht vom 18. Mai 2020 (Urk. 6/21/3-5) hielt Dr. Y. \_\_\_\_

bei bekannten Diagnosen (Ziff. 4) fest, der bisherige Verlauf sei in grossen Bereichen unverändert. Bezüglich des Schlafs und des Ausmasses der Depression habe sich eine leichte Besserung ergeben. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers bestünden allerdings nach wie vor depressive Symptome und ausgeprägte soziale Ängste, die sich im Rahmen der Coronakrise noch verstärkt hätten. Der Beschwerdeführer komme psychophysisch rasch in eine Überforderung, könne schlecht schlafen und sei in seiner Belastbarkeit deutlich reduziert (Ziff. 1). Er beschreibe eine verunsicherte und bedrückte Stimmung, eine Antriebsverminderung sowie ein vermindertes Selbstbewusstsein und Zukunftsängste (Ziff. 3). Aufgrund der beschriebenen Symptome bestünden eine verminderte psychophysische Belastbarkeit, depressive Symptome und Ängste vor einer beruflichen Integration und Rückkehr in eine Berufstätigkeit (Ziff. 5). Trotz einer gewissen Skepsis scheine es wahrscheinlich, dass die Prognose selbst in der angestammten Tätigkeit

als Kellner zu einem späteren Zeitpunkt für eine teilweise oder vollständige Arbeitsfähigkeit gut sei (Ziff. 6.a). In einer angepassten Tätigkeit, die weniger Kontakte mit Menschen beinhaltet, sei die Prognose sicherlich besser als im bisherigen Beruf (Ziff. 6.b). Weiterhin fänden im Durchschnitt alle zwei Wochen Sitzungen mit einer Dauer von 40 bis 60 Minuten statt. Der zukünftige Behandlungsplan werde sich stärker an den sozialen Ängsten ausrichten. Der Beschwerdeführer habe bislang allerdings nicht zu einem Expositionsversuch bewegt werden können (Ziff. 8). 3. 3

Am 27. September 2020 diagnostizierte Dr. Y.\_\_\_\_ zusätzlich zu den bekannten Diagnosen einen sekundären schädlichen Gebrauch von Alkohol (Urk. 6/25 Ziff. 2.5) und führte ergänzend aus, seit dem Jahre 2008 habe der Beschwerdeführer phasenweise unter psychischen Problemen in Form von Stimmungsschwankungen, Ängsten, Schlafstörungen und Depressivität gelitten. In den Jahren 2008 bis 2011 sei er bereits einmal in psychiatrischer Behandlung gewesen. Als Folge der Trennung von seinem letzten Partner habe sich die psychische Situation im November 2018 massiv verschlechtert. In diesem Zusammenhang seien auch notfallmässige psychiatrische Interventionen in der Nacht notwendig gewesen. Aufgrund des Verlustes des Partners habe er sich zurückgezogen und vorübergehend vermehrt Alkohol getrunken (S. 3 f.). Der Beschwerdeführer beschreibe eine chronifizierte Angst- und Depressionssymptomatik. Als Folge bestehe ein zunehmender abendlicher Alkoholkonsum von zuletzt einer bis zwei Flaschen Wein. Alkoholentzugssymptome bestünden nicht direkt, wohl aber ein abendliches Craving und Unruhe (Ziff. 2.2). Es sei geplant, die zweiwöchentlichen Sitzungen sowie die Medikation fortzusetzen. Am 29.

September 2020 finde eine Standortbestimmung aufgrund der Leberproblematik statt (Ziff. 2.8). Gegenwärtig sei der Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 4.1-2). Durch die Fortsetzung der bisherigen Therapie sollte die Wiedereingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt möglich sein (Ziff. 4.3). Nach der Stabilisierung des psychischen Zustandes seien berufliche Integrationsmassnahmen zu prüfen, der Beschwerdeführer bezweifle, ob er diesen Schritt alleine machen könne (Ziff. 5). 3. 4

Bei unveränderten Diagnosen führte Dr. Y.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 21. Januar 2021 (Urk. 6/38) aus, der Zustand sei gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers aufgrund der Depressivität und Angst gleichbleibend schlecht. Er werde durch erhebliche Schulden belastet und der Tod einer Cousine, welche im Alter von 24 Jahren an Covid verstorben sei, bedrücke ihn

(Ziff. 1). Neuerdings hätten die Knieschmerzen zugenommen, weshalb auch aus somatischen Gründen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe (Ziff. 3). Aufgrund der beschriebenen psychischen Symptome bestehe unverändert eine deutliche Verminderung der psychophysischen Belastbarkeit um 100 % (Ziff. 4). Weiterhin finde eine psychiatrische Behandlung statt, wobei die Therapiefrequenz etwas erhöht worden sei, jedoch noch keine wöchentlichen Sitzungen stattfänden (Ziff. 6). Der Beschwerdeführer sehe keinen Sinn in einer (teil-)stationären Behandlung und befürchte, dass sich sein Zustand dadurch noch verschlechtern könnte (Ziff. 7). 3. 5

Der Hausarzt Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Nephrologie, nannte in seinem Bericht vom 7. Mai 2021 folgende Diagnosen (Urk. 6/40 Ziff. 2.5): - Verdacht auf Gonarthrose - chronische Schulterschmerzen beidseits - Angst

und Panikattacken - Depression - Status nach Alkohol- und Kokainintoxikation sowie Rauchinhalation 2010 - Status nach Kokain- und Alkoholintoxikation am 27. Juli 2018

Seit dem 1. März 2021 sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.3). Seit rund drei Monaten klage er über Schulterschmerzen beidseits und Knieschmerzen links (Ziff. 2.2). Die langfristige Prognose für das Berufsleben und die Lebenserwartung sei derzeit unbestimmt (Ziff. 2.7). Weitere Angaben zur Arbeitsfähigkeit sowie zum Belastungsprofil machte Dr. Z.\_\_\_\_ nicht. 3. 6

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, regionaler ärztlicher Dienst (RAD), hielt am 18. Mai 2021 fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich als Folge der Trennung vom letzten Partner im November 2018 massiv verschlechtert. Seither trinke er vermehrt Alkohol, habe sich sozial zurückgezogen und leide unter sozialen Ängsten. Er sei nach eigenen Angaben depressiv und gelegentlich reizbar, fühle sich überfordert und vermindert belastbar. Es bestünden erhebliche psychosoziale Belastungen, vom behandelnden Psychiater seien eine mittelgradige depressive Episode, eine Angst-/Panikstörung, akzentuierte Persönlichkeitszüge sowie schädlicher Gebrauch von Alkohol diagnostiziert worden. Es könnten verschiedene therapeutische Massnahmen empfohlen werden, wie eine mindestens wöchentliche, verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie, Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung, Exhibitionstherapie, leitliniengerechte Anpassung der Medikation, stationäre Behandlung bei fehlender Besserung nach vier bis sechs Monaten sowie vollständige Abstinenz von Alkohol und Kokain über mindestens sechs Monate. Diese Massnahmen seien medizinisch zumutbar und therapeutisch sinnvoll, dadurch sei überwiegend wahrscheinlich von einer vollständigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 6/93 S. 4 f.). 3. 7

In ihrem Bericht vom 1. Juli 2021 nannte die Ärztin der Klinik

B.\_\_\_\_, Orthopädie, folgende Diagnosen (Urk. 6/91/20-21 S. 1): - Status nach vorderen Knieschmerzen links - scapulothorakale Dyskinesie Schulter rechts - Status nach Schulterkontusion links vom 8. Mai 2014 mit nicht dislozierter Tuberculum majus-Fraktur

Der Beschwerdeführer sei mittlerweile wieder komplett beschwerdefrei. Die MR-tomographisch sichtbaren Meniskusläsionen seien in der klinischen Untersuchung asymptomatisch. Bei erneuter Beschwerdezunahme könne sich der Beschwerdeführer jederzeit erneut vorstellen (S. 2). 3.

#### **E. 4**

, Urk. 6/126), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 10. Juni 2024 einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk. 6/128 = Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 2. Juli 2024 Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. Juni 2024 (Urk. 2) und beantragte sinngemäss die Zusprache einer Invalidenrente (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 12. September 2024 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 13. September 2024 mitgeteilt wurde (Urk. 8). Mit Schreiben vom 3. Januar 2025 reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ein (Urk. 9-10), was der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 13. Januar 2025 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4.1**

Das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ , auf welches sich die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

stützt, vermag den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.5) vollumfänglich zu genügen. Es erging unter Berücksichtigung der Akten, beruht auf einer sorgfältigen Erhebung der Anamnese sowie allseitigen Untersuchungen und ist ausführlich und schlüssig begründet, weshalb grundsätzlich darauf abzustellen ist. Unbestritten und durch das Gutachten ausgewiesen ist, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit in der Gastronomie nicht mehr zumutbar ist (E. 2.1, E. 3.13). Der Beschwerdeführer macht jedoch sinngemäss geltend, entgegen der Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin sei er auch in jeder anderen Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig (E. 2.2).

#### **E. 4.2**

Was zunächst die somatischen Beschwerden betrifft, so gelangte der rheumatologische Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ zum Schluss, die klinischen Untersuchungsbefunde seien nicht derart ausgeprägt, dass dadurch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden müsse. Im Vordergrund stünden lokalisierte weichteilrheumatische Beschwerden im Sinne einer muskulären Dysbalance am Schultergürtel linksbetont. Aufgrund dessen sowie wegen der klinischen Hinweise auf beginnende degenerative Veränderungen am linken Kniegelenk seien repetitive oder langdauernde,

über der Schulterhorizontalen auszuführende Tätigkeiten sowie Arbeiten auf den Knien oder mit wiederholtem Treppensteigen verbunden ebenso ungünstig wie eine körperlich schwere Arbeit. Sowohl in Bezug auf die bisherige als auch eine angepasste Tätigkeit bestünden jedoch keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit oder zumutbaren Anwesenheitszeit (E. 3.13.1).

Dieser Beurteilung stehen auch die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichte nicht entgegen. Bezüglich der Knie- wie auch Schulterbeschwerden hielt die Ärztin der Klinik

B.\_\_\_\_, Orthopädie, in ihrem Bericht vom 1. Juli 2021 fest, der Beschwerdeführer sei wieder komplett beschwerdefrei (E. 3.7). Weiter konnte die Kardiologin Dr. G.\_\_\_\_ nach entsprechenden Untersuchungen eine kardiale Ursache für die thorakalen Beschwerden ausschliessen und verwies auf einen muskuloskelettalen Zusammenhang (E. 3.16). Die Ärzte des H.\_\_\_\_ berichteten sodann über eine im Vordergrund stehende Zervikalgie mit intermittierender Ausstrahlung zu beiden Schultern. Sensomotorische Defizite konnten jedoch nicht festgestellt werden und die Ärzte empfahlen bei noch nicht ausgeschöpfter konservativer Therapie eine intensive physiotherapeutische Behandlung. Berichte darüber, dass diese nicht erfolgreich verlaufen wäre und demnach ein infiltratives Prozedere notwendig geworden wäre, liegen nicht vor (E. 3.17).

Aus somatischer Sicht ist damit der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu betrachten, dass dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit, die vorwiegend unterhalb der Schulterhorizontalen ausgeführt werden kann und die nicht längerdauernd oder repetitiv auf den Knien geleistet werden muss oder verbunden ist mit wiederholtem Treppensteigen, vollumfänglich zugemutet werden kann.

#### **E. 4.3**

Auch bezüglich der psychiatrischen Beschwerden kann von der im bidisziplinären Gutachten attestierten Arbeitsunfähigkeit von 40 % in der Zeit von September bis Dezember 2019 sowie von 20 % ab Januar 2020 ausgegangen werden (E. 3.13.2). Dr. D.\_\_\_\_ begründete die gestellte Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung ausführlich und führte nachvollziehbar und plausibel aus, dass der Beschwerdeführer in einer Tätigkeit, für welche er keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen muss, in einem Pensum von 80 % arbeitsfähig ist. Dr. D.\_\_\_\_ legte zudem überzeugend dar, inwiefern die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers in der klinischen Untersuchung nicht bestätigt werden konnte und wies insbesondere auf die Inkonsistenzen bezüglich der geklagten Schmerzen, Angstbeschwerden, Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit hin. Wie der psychiatrische Gutachter zudem zutreffend feststellte, stützte sich der behandelnde Psychiater Dr. Y.\_\_\_\_ für seine Beurteilung insbesondere auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. So hielt Dr. Y.\_\_\_\_

in praktisch allen seinen Berichten fest, der Beschwerdeführer sei gemäss seinen eigenen Angaben depressiv und gelegentlich reizbar und berichte von ausgeprägten Angstzuständen (E. 3.1-4, E. 3.9). Die verminderte Leistungsfähigkeit begründete er sodann mit den vom Beschwerdeführer beschriebenen Symptomen (E. 3.2, E. 3.4). In seinem Bericht vom 31. Januar 2022 wies Dr. Y.\_\_\_\_ sodann darauf hin, Konzentration und Gedächtnis seien subjektiv reduziert, objektiv jedoch grob kursorisch unauffällig (E. 3.9).

Insgesamt vermag damit die Beurteilung durch den behandelnden Psychiater Dr. Y.\_\_\_\_ am überzeugenden Gutachten nichts zu ändern.

Der Beurteilung durch Dr. D.\_\_\_\_ stehen auch die von der Beschwerdegegnerin durchgeführten Spezialabklärungen nicht entgegen. So ergibt sich aus dem Strafbefehl der Staatsanwaltschaft Zürich-Limmat vom 27. April 2022, dass der Beschwerdeführer am Samstag, 26. März 2022, um zirka 11.35 Uhr im K.\_\_\_\_ sowie im L.\_\_\_\_ an der «...»-Strasse in Zürich Laden diebstähle beging (Urk. 6/123 S. 3). In seiner Stellungnahme zu den Spezialabklärungen führte der Beschwerdeführer am 13. April 2024 aus, er gehe sehr selten in einen Supermarkt und wenn, dann nur in den M.\_\_\_\_, welcher sich gleich gegenüber seinem Wohnort befinde. So müsse er keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen und könne den Menschen mehr oder weniger aus dem Weg gehen. Auch dorthin gehe er jedoch nur zu Randzeiten (Urk. 6/126 S. 3). Diese Argumentation vermag jedoch nicht zu überzeugen, nachdem sich der Beschwerdeführer offensichtlich an einem Samstagmittag ohne Begleitung in einem grossen und aufgrund der Lage am N.\_\_\_\_ in Zürich sehr belebten Einkaufszentrum aufhielt, welches von seinem Wohnort aus nur durch Umsteigen mit dem öffentlichen Verkehr oder einen längeren Fussmarsch zu erreichen ist. Nachdem sich der medizinische Sachverhalt jedoch bereits gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten rechtsgenügend erstellen lässt, kann auf weitere Ausführungen zu den getätigten Spezialabklärungen verzichtet werden.

#### **E. 4.4**

Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Buffetier seit September 2019 nicht mehr arbeitsfähig ist, ihm jedoch eine körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit von September bis Dezember 2019 im Umfang von 60 % zugemutet werden konnte, wenn diese vorwiegend unterhalb der Schulterhorizontalen ausgeführt werden konnte, nicht längerdauernd oder repetitiv auf den Knien geleistet

werden musste oder verbunden war mit wiederholtem Treppensteigen oder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel zurückzulegender Arbeitsweg. Seit Januar 2020 besteht in einer solchen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. 5. 5.1

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

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 ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches. Angesichts der bei der Beschwerdegegnerin am 2. April 2020 eingegangenen Anmeldung (Urk. 6/11) besteht ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab dem 1. Oktober 2020. Für die Vornahme des Einkommensvergleiches ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns, mithin das Jahr 2020, abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222). 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Vor Eintritt des Gesundheitsschadens trat der Beschwerdeführer am 1. August 2019 eine neue Stelle als Buffetier mit einem Pensum von 100 % an, welche ihm jedoch bereits am 24. September 2019 während der Probezeit per Ende September 2019 wieder gekündigt wurde (Urk. 6/23 /10 Ziff. 2.1, Urk. 6/23/17). Gemäss den Angaben im Arbeitgeberbericht war ein Jahreslohn in der Höhe von Fr. 44'400.- vereinbart worden (Urk. 6/23 /13 Ziff. 5.1). Nachdem dies auch in etwa demjenigen Lohn entspricht, welchen der Beschwerdeführer gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) in den Jahren 2015 bis 2019 bei seiner Tätigkeit bei der O.\_\_\_\_ GmbH erzielt hatte (Einkommen 2017: Fr. 44'463.--, Einkommen 2018: Fr. 46'549.--; vgl. Urk. 6/109/3), kann für die Berechnung des Valideneinkommens darauf abgestellt werden. Unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung (Schweizerischer Lohnindex insgesamt [1939 = 100], Männer, Stand 2019: 2279, Stand 2020: 2298; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Löhne/Erwerbseinkommen, detaillierte Daten, Lohnentwicklung) ergibt sich damit für das

Jahr 2020 ein durchschnittliches Validen einkommen in der Höhe von rund Fr. 44'770.-- (Fr. 44'400.-- : 2279 x 2298).

Im Jahre 2020 betrug das Durchschnittseinkommen von Männern, welche Hilfstätigkeiten in der Gastronomie ausübten, Fr. 4'039.-- monatlich (Lohnstrukturerhebungen (LSE) 20

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **E. 8**

Dr. Y.\_\_\_\_ hielt am 17. Juli 2021 fest, der Beschwerdeführer werde psychiatrisch integrativ behandelt, was eine antidepressive Behandlung mit Escitalopram 10 mg umfasse. Der letzte Laborspiegel habe sich im Normbereich gezeigt. Geplant sei die Fortsetzung der Behandlung in ein- bis zweiwöchentlicher Sitzungsfrequenz und Medikation. Der Beschwerdeführer habe mit Expositionen in sozialen Übungen angefangen, wobei noch Besserungsbedarf bestehe. Hinsichtlich der Knie- und Leberproblematik sei er in Abklärung und Behandlung (Urk. 6/46). 3.

## **E. 9**

In seinem Bericht vom 31. Januar 2022 nannte Dr. Y.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/58 Ziff. 2.5): - Angst-/Panikstörung (ICD-10 F 41.0) - Soziophobie - Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z 73.1), DD: Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen Zügen - Status nach depressiver Episode, mittelgradig (ICD-10 F32.1) - Status nach sekundärem schädlichem Gebrauch von Alkohol mit sechs monatiger Abstinenz

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. Y.\_\_\_\_ eine Hepatitis B, eine Schulterproblematik sowie Knieschmerzen links mit Verdacht auf eine Meniskusproblematik (Ziff. 2.6). Der Beschwerdeführer beschreibe eine chronifizierte Angst- und Depressionsproblematik, wobei er seit zirka sechs Monaten labormässig nachgewiesen abstinent sei. Auch wenn er Expositionsübungen bezüglich seiner sozialen Ängste durchführe und gewisse Fortschritte erziele, komme er hinsichtlich seiner Ängste rasch an Grenzen. Seine Stimmung sei wechselnd, phasenweise bestehe weiterhin eine bedrückte Stimmung. Zudem beschreibe er körperliche Symptome wie Schmerzen in Schultern und Knie sowie eine verminderte Belastbarkeit (Ziff. 2.2). Der Beschwerdeführer sei wach und allseits orientiert. Subjektiv seien Konzentration und Gedächtnis reduziert, objektiv grob kursorisch unauffällig. Das Denken sei logisch kohärent, teils eingengt auf Zukunftsängste. Bezüglich dieser Themen bestehe eine Grübel tendenz . Es gebe keine Anhaltspunkte für Halluzinationen, Wahnsymptome und Ich-Störungen, jedoch je nach Grundanspannung Beobachtungsideen im Zusammenhang mit den sozialen Ängsten. Der Affekt sowie die Stimmung seien wechselnd. Es bestünden Überforderungsgefühle, eine verminderte Belastbarkeit , ein reduziertes Selbstbewusstsein sowie eine Antriebsstörung. Der Beschwerde führer erlebe Angstzustände, teils auch panikartige Zustände mit vegetativen Symptomen. Trotz teilweisem Lebensüberdruß werde eine Suizidalität verneint. Ein affektiver Rapport sei vorhanden (Ziff. 2.4). Grundsätzlich sei von einer teilweise ordentlichen Prognose auszugehen. Aufgrund des bisherigen Verlaufs wäre es als Erfolg zu werten, wenn durch eine berufliche Wiedereingliederung eine 50%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden könnte, wobei keine Angaben über die somatischen

Einschränkungen und die diesbezügliche Prognose gemacht werden könnten (Ziff. 2.7).

Aufgrund der Kombination von somatischen und psychiatrischen Beschwerden sei gegenwärtig von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auszugehen. Aus rein psychiatrischer Sicht könne bei geeignetem beruflichem Wiedereingliederungsplan schrittweise eine 50%ige Wiedereingliederung erreicht werden. Ob dies aus somatischer Sicht möglich sei, könne er nicht beantworten (Ziff. 4.1). Auch in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit sei noch von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % (Ziff. 4.2). Bei klarem und für den Beschwerdeführer nachvollziehbarem Konzept sollte eine schrittweise berufliche Wiedereingliederung auf eine Arbeitsfähigkeit von 50 % möglich sein (Ziff. 4.3). 3.

#### **E. 10**

Am 23. März 2022 berichtete Dr. Z.\_\_\_\_ von einer chronischen Angst- und Depressionsproblematik sowie einer verminderten körperlichen Belastbarkeit aufgrund der Schulter- und Knieproblematik (Urk. 6/62 Ziff. 2.2). In der bisherigen Tätigkeit bestehe derzeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und auch eine angepasste Tätigkeit sei nicht denkbar (Ziff. 4.1-2). Bei gutem psychiatrischem Therapieverlauf sei eine schrittweise Wiedereingliederung halbtags mit einem maximalen Pensum von 50 % denkbar (Ziff. 4.3). Hinsichtlich des psychiatrischen Therapieverlaufs sei die Prognose unsicher (Ziff. 4.4). 3.

#### **E. 11**

Mit Schreiben vom 1. April 2022 teilte Dr. Z.\_\_\_\_ mit, der Beschwerdeführer erscheine gemäss den Auflagen vom 19. Mai 2021 wöchentlich zur Kontrolle, auch beim Psychiater Dr. Y.\_\_\_\_ fänden wöchentliche Termine statt. Die Alkohol- und Kokainabstinenz von mindestens sechs Monaten sei mittels Laborkontrollen nachgewiesen. Auch die Expositionstherapie nehme der Beschwerdeführer pflichtgemäss wahr (Urk. 6/65/1). 3.

#### **E. 12**

Am 9. September 2022 hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, die seit dem Jahre 2019 vorliegende vollständige Arbeitsunfähigkeit sei anhand der vorliegenden Unterlagen nicht sicher nachvollziehbar. Psychiatrisch habe sich der Gesundheitszustand gebessert und es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 50 % in angepasster Tätigkeit. Der internistische Behandler verweise auf den psychiatrischen Behandler, darüber hinaus würden rheumatologische Diagnosen genannt, die aber bereits vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bestanden hätten und unter denen eine Tätigkeit möglich gewesen sei. Es fehlten wichtige Informationen bezüglich der aktuellen psychosozialen Faktoren, der funktionalen Einschränkungen, der vorhandenen Ressourcen sowie der Behandlungsoptionen, so dass eine interdisziplinäre Begutachtung empfohlen werde (Urk. 6/93 S. 7). 3.

#### **E. 13**

Am 12. sowie 21. Dezember 2022 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Beschwerdegegnerin rheumatologisch sowie psychiatrisch begutachtet. 3.13.1

In seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 9. Januar 2023 (Urk. 6/91/1-18) verneinte Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, das Vorliegen einer Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er sodann folgende (S. 14 Ziff. 6.3) : - muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits, linksbetont und am Beckengürtel - klinisch Verdacht auf beginnende

Femoropatellararthrose links - komplexe Innenmeniskushinterhornläsion und Aussenmeniskusriss Pars intermedia am linken Knie gemäss MRI vom 29. Juni 2021, aktuell kein klinisches Korrelat - Hallux valgus beidseits - Status nach Tuberculum majus-Fraktur links und Partialruptur der Supraspinatussehne links am 8. Mai 2014 (konservative Behandlung), aktuell kein klinisches Korrelat

Seit ein paar Monaten verspüre der Beschwerdeführer Schmerzen im unteren Teil des Nackens. Zu Beginn sei er beim Aufstehen aus dem Bett gestürzt. Manchmal würden auch die Hände und Füsse einschlafen, teilweise komme es auch zu einer Ausstrahlung der Schmerzen von der Ferse links nach oben über den lateralen Unterschenkel und Oberschenkel ins Gesäss. Manchmal habe er das Gefühl, wie wenn der Kopf rutsche (S. 9 Ziff. 3.2). Die genannten Diagnosen entsprächen den klinischen Untersuchungsbefunden. Sie seien nicht derart ausgeprägt, dass dadurch aus rheumatologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden müsse. Im Vordergrund stünden lokalisierte weichteilrheumatische Beschwerden im Sinne der muskulären Dysbalance am Schultergürtel linksbetont, zudem lägen klinische Zeichen einer beginnenden Femoropatellararthrose links vor. Aufgrund der Ausprägung der Befunde seien keine weiteren diagnostischen Massnahmen vorzuschlagen, es bestünden auch keine früheren, anders lautenden Beurteilungen (S. 14 f. Ziff. 6.3). Passend zu den klinisch wenig ausgeprägten Befunden würden auch keine umfangreichen therapeutischen Massnahmen durchgeführt. Physiotherapeutische Behandlungen seien schon lange nicht mehr verordnet worden. Die medikamentöse Schmerzreserve werde zwei- bis dreimal pro Woche eingesetzt und führe zu einer teilweisen, aber spürbaren Schmerzreduktion. Mit Bezug auf die wenig ausgeprägten Befunde und Beschwerden seien die durchgeführten Behandlungen angemessen. Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufes und der klinischen Untersuchungsbefunde sei bezüglich der Beschwerden am Bewegungsapparat nicht von einer ungünstigen Prognose auszugehen (S. 15 f. Ziff. 7.1). Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers ständen jedoch bezüglich der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit die psychischen Beschwerden ursächlich im Vordergrund (S. 16 Ziff. 7.2). In Bezug auf die bisherige Tätigkeit bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Eine körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit, die vorwiegend unterhalb der Schulterhorizontale ausgeführt werden könne, nicht längerdauernd oder repetitiv auf den Knien geleistet werden müsse oder verbunden wäre mit wiederholtem Treppensteigen, sei aus rheumatologischer Sicht als angepasst anzusehen. Auch in einer angepassten Tätigkeit fänden sich aus rheumatologischer Sicht keine Gründe für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit oder Anwesenheitszeit (S. 16 f. Ziff. 8). 3.1 3.2

In seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 2. Februar 2023 (Urk. 6/91/32-54) diagnostizierte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.0) und nannte als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zusätzlich einen Status nach mittelgradiger depressiver Episode sowie einen Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol (S. 17 Ziff. 6.3.a-b). Die Angaben des Beschwerdeführers könnten als nicht immer konsistent und plausibel beurteilt werden. Von einer Nichtinanspruchnahme medizinischer oder therapeutischer Leistungen könne indes nicht ausgegangen werden, der Beschwerdeführer befinde sich seit September 2019 in ambulanter psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung. Insgesamt lasse sich ein gewisser Leidensdruck feststellen. Es müsse auch von einer gewissen ungleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen

vergleichbaren Lebensbereichen ausgegangen werden, zumal der Beschwerdeführer über einen Tagesablauf berichtet, dem zu entnehmen sei, dass er die anfallenden Alltagsarbeiten problemlos bewältigen könne, abgesehen vom Einkaufen. Er gehe auch mit dem Hund regelmässig dreimal pro Tag nach draussen. Demgegenüber gehe er davon aus, dass er zu keiner ausserhäuslichen Berufstätigkeit mehr fähig sei. All diese Diskrepanzen würden sich aus rein psychiatrischer Sicht nicht begründen lassen (S. 16 f. Ziff. 6.2).

Anlässlich der aktuellen Untersuchung lasse sich kein Schmerzsyndrom diagnostizieren. Der Beschwerdeführer klage zwar über intermittierend auftretende Schmerzen im Bereich des linken Knies und der linken Schulter. Diese Schmerzen seien jedoch nicht andauernd.

Während der aktuellen Untersuchung könne sich der Beschwerdeführer frei und ohne äusserlich sichtbare Behinderung bewegen, Mimik und Gestik würden zu keinem Zeitpunkt ein Schmerzerleben andeuten. Des Weiteren würden sich anamnestisch Symptome der meist depressiven und unruhigen sowie oft bedrückt-traurigen Stimmung eruieren lassen. Während der aktuellen Untersuchung sei die Stimmung aber ausgeglichen, der Beschwerdeführer könne immer wieder lächeln und mehrmals herzlich lachen, er sei auch zu Spässen aufgelegt. Die affektive Modulationsfähigkeit und die Vitalität seien nicht eingeschränkt. Es entstehe insgesamt eine erhebliche Diskrepanz bezüglich der subjektiv geklagten Beschwerden und der während der aktuellen Untersuchung erhobenen Befunde. Davon abgesehen würden sich auch zahlreiche anderweitige Inkonsistenzen nachweisen lassen. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren müsse bei der Diagnosestellung einer Depression primär auf die aktuell erhobenen Befunde abgestützt werden. Diese erfüllten die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien nicht, eine Depression lasse sich nicht objektivieren. In diesem Kontext sei auch festzuhalten, dass im jüngsten Bericht des behandelnden Psychiaters ebenfalls keine Depression diagnostiziert werde, lediglich ein Status nach depressiver Episode (S. 17 f.). Im Gegensatz zu den subjektiv intensiv geklagten Angstbeschwerden hinterlasse der Beschwerdeführer während der aktuellen Untersuchung keinen ängstlichen, im Gegenteil einen eher bestimmten und auch durchsetzungsfähigen Eindruck. Im Gespräch hinterlasse er auch keinen angespannten, unsicheren oder zittrigen Eindruck, er wirke im Gegenteil entspannt, sei auch zu Spässen aufgelegt. Einschränkend müsse indes festgehalten werden, dass keine Übereinstimmung der Symptome einer Agoraphobie und den in einer Praxis festzustellenden Befunden bestehen müsse. Insgesamt sei in diagnostischer Hinsicht von einer Agoraphobie mit Panikstörung auszugehen. Auffallend sei jedoch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer als Grund für seine absolute Unfähigkeit zu einer ausserhäuslichen Berufstätigkeit ausgeprägte Konzentrationsstörungen angebe, welche sich während der aktuellen Untersuchung jedoch zu keinem Zeitpunkt objektivieren liessen. Diskongruent mit diesem Befund sei auch die Tatsache zu nennen, dass der Beschwerdeführer seinen eigenen Angaben zufolge sehr viel und zeitweise mehrere Stunden täglich lese oder sich Dokumentationssendungen anschau. Der Beschwerdeführer hinterlasse während der aktuellen Untersuchung keinen müden, erschöpften oder energielosen Eindruck, vielmehr wirke er sehr vital, spreche mit normal kräftiger bis sehr kräftiger Stimme und scheine zeitweise die Gesprächsrichtung wie selbst bestimmen zu wollen (S. 18 f.). Er klage weiter über eine erhebliche Vergesslichkeit, sei jedoch problemlos in der Lage, seine Leidensgeschichte ab dem Jahre 2010 ohne jegliche Hilfsmittel und ohne Notizen detailliert zu schildern (S. 19). Zudem berichte er beispielsweise, dass er sich an den Brand im Jahre 2010 nicht mehr erinnern könne. Im Gegensatz dazu werde im Bericht des behandelnden

Therapeuten detailliert beschrieben, wie sich der Beschwerdeführer in dieser Notsituation aus seinem Zimmer gerettet habe respektive von der Feuerwehr gerettet worden sei (S. 16 Ziff. 6.2). Aufgrund all dieser Inkonsistenzen und zum Teil Widersprüchlichkeiten in den Angaben sei es nicht ganz einfach, den Schweregrad der Agoraphobie mit Panikstörung zu bestimmen. Insgesamt könne festgehalten werden, dass kein schwerer oder mittelgradiger Schweregrad vorliege. In den früheren Berichten des behandelnden Psychiaters werde zwar eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert, diese werde jedoch vor allem auf die subjektiv geklagten Beschwerden und nicht auf objektiv erhobene Befunde abgestützt, was nicht nachvollziehbar sei (S. 19).

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit einer zweiwöchentlichen Sitzungsfrequenz sowie die medikamentöse Behandlung könne als adäquat betrachtet werden. Aufgrund der Blutkonzentrationsbestimmung sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer lediglich das Escitalopram regelmässig einnehme. Unter Berücksichtigung all der erwähnten Faktoren und des bisherigen Verlaufes könne die Prognose aus rein psychiatrischer Sicht als nicht ungünstig beurteilt werden (S. 20 Ziff. 7.1). Es seien Ressourcen erkennbar, diesbezüglich sei insbesondere das vielseitige Interesse zu nennen: der Beschwerdeführer sei vor allem an Dokumentationsendungen interessiert, lese Romane und historische Bücher. Die psychosoziale Funktionsfähigkeit in der Beziehung mit seinen drei ehemaligen Freunden, bis zu einem gewissen Grad auch mit seiner Mutter und den beiden Geschwistern, sei weitgehend intakt. In der Persönlichkeitsstruktur würden sich keine schwerwiegenden Psychopathologien erkennen lassen, welche als Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung zu werten seien. Das Fähigkeitsniveau sei aus rein psychiatrischer Sicht aufgrund der Agoraphobie mit Panikstörung als leichtgradig eingeschränkt zu betrachten. Diese führe zu einer verminderten psychophysischen Belastbarkeit

und dadurch auch zu einer verminderten Arbeitsfähigkeit (S. 20 f. Ziff. 7.2). Die bisherige Tätigkeit sei aufgrund der Beschwerden von Seiten der Agoraphobie, vor allem wegen der Angst vor Menschenansammlungen, als nicht mehr zumutbar zu betrachten. Aufgrund der unpräzisen Angaben des Beschwerdeführers liessen sich keine verlässlichen Aussagen betreffend den Verlauf machen. Es sei jedoch davon auszugehen, dass approximativ seit September 2019 eine vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 21 Ziff. 8). Aus psychiatrischer Sicht sei es als optimal zu betrachten, wenn der Beschwerdeführer zur Erreichung des Arbeitsplatzes keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen müsse. Eine solche Arbeit sei während maximal 6.5 Stunden pro Tag, mithin einem Pensum von 80 % zumutbar. Es sei davon auszugehen, dass die 20%ige Einschränkung seit etwa Anfang des Jahres 2020 bestehe. Zuvor habe seit September 2019 eine vorübergehend höhere Einschränkung von etwa 40 % bestanden. Es sei davon auszugehen, dass sich mit Beginn der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung die Beschwerden schnell gebessert hätten, vor allem eine anfänglich offenbar vorgelegene depressive Episode (S. 22). Mit grosser Wahrscheinlichkeit könne die Arbeitsfähigkeit unter Einhaltung der bestehenden Gesprächspsychotherapie und der regelmässigen Einnahme der Psychopharmaka weiter gebessert werden (S. 23).

Im Rahmen der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, unter Berücksichtigung des rheumatologischen Belastbarkeitsprofils könne die Beurteilung im psychiatrischen Gutachten uneingeschränkt als gemeinsame Konsensbeurteilung übernommen werden (S. 27 Ziff. 4.1). 3.

#### **E. 14**

Am 15. Februar 2023 erachtete Dr. A.\_\_\_\_ das psychiatrisch-rheumatologische Gutachten als umfassend und nachvollziehbar, weshalb darauf abzustellen sei (Urk. 6/93 S. 10). 3.

#### **E. 15**

Nach einer MR-Untersuchung der HWS in der Klinik E.\_\_\_\_ befundete Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie, am 21. Februar 2023 Degenerationen in den Segmenten C5-C7 mit Osteochondrose mit erosiver Komponente mit Ödem im Wirbelkörper C5, C6 und der Deckplatte von C7 sowie starker aktivierter Unkovertebralarthrose sowie höhergradige r neuroforaminaler Stenose in Höhe C5/6 auf der rechten Seite, geringer auch in Höhe C6/7 rechts (Urk. 6/102/4). 3.

#### **E. 16**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Kardiologie, führte in ihrem Bericht vom 27. März 2023 (Urk. 6/102/6-7) aus, die Genese der beklagten thorakalen Beschwerden könne aktuell nicht abschliessend geklärt werden. Die Untersuchungsbefunde seien unauffällig ausgefallen, es bestünden keine Anhaltspunkte für eine signifikante Koronarstenose. Zur Risikostratifizierung erfolge ergänzend eine Koronar-CT-Untersuchung (S. 2).

Am 12. April 2023 hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, die Koronar-CT-Untersuchung habe plaques - und stenosefreie

Koronarien ergeben. In Zusammenschau aller Befunde könne damit eine kardiale Genese der thorakalen Beschwerden ausgeschlossen werden, diese seien als muskuloskelettal getriggert zu werten (Urk. 6/107). 3.

#### **E. 17**

Die Ärzte des H.\_\_\_\_, Klinik

B.\_\_\_\_, nannten in ihrem Bericht vom 3. Mai 2023 (Urk. 6/110) Segment degenerationen mit Entlordosierung, Diskusprotrusion C5/6 und C6/7 mit Foramen stenosen C6 rechts und C7 links (S. 1). Der Beschwerdeführer berichte über eine im Vordergrund stehende Zervikalgie mit intermittierender Ausstrahlung zu beiden Schultern. Es bestünden keine sensomotorischen Defizite. Bei noch nicht ausgeschöpfter konservativer Therapie werde eine intensive physiotherapeutische Behandlung empfohlen. Bei ausbleibender Beschwerdeverbesserung innert sechs bis acht Wochen könne über ein infiltratives Prozedere gesprochen werden (S. 2). 3.

#### **E. 18**

Am 12. März 2024 führte Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, aus, im Rahmen der Spezialabklärungen sei der Beschwerdeführer in Lokalen mit anderen Besuchern sowie mit anderen Personen zusammen in freundschaftlichem Verhältnis im Ausland zu sehen. Zudem sei zu sehen, wie er ein Einkaufszentrum betrete und im Supermarkt Diebstahl begehe. In Anbetracht der Erkenntnisse aus den Spezialabklärungen seien die attestierten psychiatrischen Diagnosen und die damit verbundene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr glaubhaft. Die gestellten Diagnosen seien durch die Spezialaufnahmen widerlegt worden, die Widersprüche könnten auch durch medizinische Abklärungen nicht geklärt werden (Urk. 6/115 S. 6 f.).

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, RAD, hielt am 5. April 2024 fest, rein somatisch liege kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden

vor, weshalb die diesbezüglich attestierten Diagnosen in Anbetracht der Erkenntnisse aus den Spezialabklärungen noch glaubhaft seien (Urk. 6/115 S. 7). 3.

#### **E. 19**

Die übrigen bei den Akten liegenden Arztberichte (Urk. 6/13/9-30, Urk. 6/21/10-19, Urk. 6/111/1-57) enthalten keine für die Beurteilung der vorliegend strittigen Fragen relevanten Angaben und insbesondere keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, so dass auf deren detaillierte Wiedergabe verzichtet werden kann. 4.

#### **E. 20**

, Tabelle TA1, Ziff. 55-56 Niveau 1), mithin Fr. 48'468.- pro Jahr (Fr. 4'039.-- x 12). Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 42.4 Wochenstunden (betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Ziff. 56 Gastronomie; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, detaillierte Daten) ergibt sich für das Jahr 2020 ein Jahreseinkommen von rund Fr. 51'376.-- (Fr. 48'468.-- : 40 x 42.4). Das vom Beschwerdeführer tatsächlich erzielte Einkommen von Fr. 44'770.-- lag somit Fr. 6'606.-- beziehungsweise 12.86 % unter dem branchenüblichen Durchschnittseinkommen.

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 Invaliditätsbemessung 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 Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (BGE 141 V 1 E. 5.4). Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss 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 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 praxisgemäss 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 einen dem Grundsatz der Rechtsgleichheit genügende Invaliditätsgradermittlung zu vermeiden, dass diese – bei einer kontinuierlich ansteigenden Differenz zwischen tatsächlich erzielttem 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 praxisgemäss nur die Ausgleichung 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).

Dementsprechend ist für den Einkommensvergleich dem vom Beschwerdeführer erzielten und deutlich unterdurchschnittlichen Valideneinkommen im Sinne der Parallelisierung so Rechnung zu tragen, dass auch das Invalideneinkommen um 7.86 % (12.86 % - 5 %) herabgesetzt wird. 5.3

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

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

Nachdem der Beschwerdeführer aktuell keiner Tätigkeit nachgeht, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne zu ermitteln. Gemäss der Beurteilung im Gutachten von Dr. C. \_\_\_ und Dr. D. \_\_\_ kann dem Beschwerdeführer lediglich eine körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit, die vorwiegend unterhalb der Schulterhorizontalen ausgeführt werden kann, die nicht längerdauernd oder repetitiv auf den Knien geleistet werden muss und nicht verbunden ist mit wiederholtem Treppensteigen oder mit einem mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückzulegenden Arbeitsweg, seit Januar 2020 in einem Pensum von 80 % zugemutet werden (E. 4.4). Im Jahre 2020 belief sich der Tabellenlohn für Männer, die einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art ausführen, auf Fr. 5'261.-- monatlich (LSE 2020, Tabelle TA1, Total, Niveau 1), mithin

Fr. 63'132.-- im Jahr (Fr. 5'261.-- x 12). Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden (betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total; vgl. vorstehend E. 5.2) ergibt sich für das Jahr 2020 ein Invalideneinkommen von rund Fr. 65'815.-- (Fr. 63'132. -- : 40 x 41.7). Nachdem dem Beschwerdeführer auch eine leidensangepasste Tätigkeit lediglich noch im Umfang von 80 % zugemutet werden kann, ist insgesamt von einem Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 52'652.-- (Fr. 65'815.-- x 0.8) auszugehen. 5.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2).

Die Beschwerdegegnerin nahm keinen leidensbedingten Abzug vor (Urk. 6/92). Rechtsprechungsgemäss ist der Umstand allein, dass nur noch leichte bis mittel schwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C\_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2 mit Hinweisen).

Nach der neueren Praxis des Bundesgerichts ist ein Abzug bei Männern wegen Teilzeitbeschäftigung nicht mehr automatisch vorzunehmen. Ob sich eine entsprechende Reduktion rechtfertigt, ist stets mit Blick auf den konkreten Beschäftigungsgrad und die jeweils aktuellen Werte zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_561/2018 vom 4. März 2019 E. 4.3.1). Laut der gestützt auf die LSE 2020 erstellten Tabelle T18 zu den nach

Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittslöhnen erzielen Männer auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung (ohne Kaderfunktion) bei einem Beschäftigungsgrad von 75-89 % proportional bezogen auf ein 100 %-Pensum sogar ein höheres Einkommen (Fr. 6'592.--) als der Durchschnittslohn bei einem Vollzeitpensum (Fr. 6'218.--). Damit steht eine Reduktion infolge Teilzeitbeschäftigung ausser Frage .

Nachdem der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit aufgrund seiner Beschwerden dahingehend eingeschränkt ist, dass ihm lediglich körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten zugemutet werden können, die vorwiegend unterhalb der Schulterhorizontalen ausgeführt werden können, nicht längerdauernd oder repetitiv auf den Knien geleistet werden müssen und nicht verbunden sind mit wiederholtem Treppensteigen oder mit einem mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückzulegenden Arbeitsweg , ist das Vorgehen der Beschwerde gegnerin, welche keinen Leidensabzug vorgenommen hat, nicht zu beanstanden. Selbst wenn zugunsten des Beschwerdeführers von einem Abzug von 5 % ausgegangen würde, führte dies - wie nachfolgend zu zeigen ist - nicht zu einem Rentenanspruch. 5.5

Selbst bei Vornahme eines Abzuges von 5 % (vgl. vorstehend E. 5.4) sowie der Parallelisierung von 7.86 % betrüge das Invalideneinkommen rund Fr. 46'088.-- (Fr. 52'652.-- x 0.95 x 0.9214; vgl. vorstehend E. 5.3) und läge höher als das Valideneinkommen mit einem Betrag von Fr. 44'770.-- (vgl. vorstehend E. 5.2) . Damit liegt so oder so keine Invalidität vor und es besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

Die angefochtene Verfügung vom 10. Juni 2024 erweist sich damit als rechens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 7 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- 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 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, zuzu stellen.

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  
Bachofner Kübler-Zillig

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