

GR_GERICHTE SV1 2025 61 vom 8. Januar 2026

GR Gerichte, 2026-01-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_SV1_2025_61

FR: GR_GERICHTE SV1 2025 61 du 8 janvier 2026

IT: GR_GERICHTE SV1 2025 61 del 8 gennaio 2026

Regeste

Invalidenrente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Nach Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. September 2025 stellt eine solche anfechtbare Verfügung der Invalidenversicherung und folglich ein taugliches Anfechtungsobjekt für ein Verfahren vor dem Obergericht des Kantons Graubünden dar. Die sachliche Zuständigkeit des Obergerichts ergibt sich aus Art. 57 ATSG (SR 830.1) i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG (BR 370.100). Als Adressat der strittigen Verfügung ist der Beschwerdeführer davon berührt und er weist ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung auf (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 38 f. sowie Art. 61 lit. b ATSG). Darauf ist somit – unter Vorbehalt der nachfolgenden Erwägung – einzutreten. 2.1. Der Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens erschöpft sich in der Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht abschlägig beschieden hat. Dieser entstünde angesichts der Anmeldung im November 2023 gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. Mai 2024 (d.h. sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs), sofern bis dahin das Wartejahr erfüllt war (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG), was vorliegend unstrittig zutrifft (vgl. Case Report [IV-act. 130 S. 15]; siehe auch SMAB-Gutachten vom 20. Januar 2025 [IV-act. 116 S. 8 f.]). Soweit der Beschwerdeführer die Durchführung eines gemeinsamen Gesprächs mit allen beteiligten Fachpersonen im Sinne eines "runden Tisches" beantragt, ist darauf nicht einzutreten, zumal ein Anspruch auf berufliche Massnahmen bereits am 29. Juli 2024 verneint wurde (vgl. IV-act. 98), nachdem Eingliederungsmassnahmen (Arbeitsplatzerhalt) durchgeführt worden waren und diese ergaben, dass sich der Beschwerdeführer in adaptierter Tätigkeit nicht höher als 40 % arbeitsfähig erachte und diese bei der aktuellen

E. 5

/ 22 Arbeitgeberin zu verwerten wünsche (vgl. IV-act. 95 ff.). Insofern erübrigen sich Weiterungen zu dem von ihm vorgebrachten Ziel einer nachhaltigen beruflichen Wiedereingliederung. 2.2. Uneins sind sich die Verfahrensbeteiligten in Bezug auf die (Rest-)Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in leidensangepasster Tätigkeit. Zu beachten ist dabei, dass der Beschwerdeführer im Hauptbegehren die Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zu ergänzenden medizinischen Abklärungen beantragt (vgl. act. A.1). Dies bezweckt, einen als nicht rechtsgenügend abgeklärt gerügten Sachverhalt zu vervollständigen. Mit anderen Worten ist nach Ansicht des

Beschwerdeführers im Gutheissungsfall nicht reformatorisch, sondern bloss kassatorisch zu entscheiden. Streitig ist somit in erster Linie, ob der medizinische Sachverhalt hinreichend abgeklärt worden ist. Dabei ist der Beschwerdeführer der Ansicht, dass das eingeholte SMAB-Gutachten veraltet sei, zumal die neusten Erkenntnisse aus der Abklärung zum Fatigue- Syndrom darin nicht gewürdigt worden seien (vgl. act. A.1). 3. In Bezug auf das anwendbare Recht ist festzuhalten, dass seit dem 1. Januar 2022 die revidierten Bestimmungen des IVG (sowie des ATSG) und der IVV (SR 831.201) in Kraft sind (Weiterentwicklung der IV). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. statt vieler: BGE 149 II 320 E. 3, 148 V 174 E. 4.1, 146 V 364 E. 7.1 und 144 V 210 E. 4.3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_521/2021 vom 22. März 2022 E. 2.2), die angefochtene Verfügung nach dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert und der hier umstrittene Rentenanspruch seine Begründung ab dem 1. Mai 2024 fände, sind die ab dem 1. Januar 2022 geltenden Normen anwendbar (vgl. Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 und Übergangsbestimmungen der IVV zur Änderung vom 3. November 2021; siehe ferner Rz. 9100 des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab dem 1. Januar 2022 [Stand: 1. Januar 2025; <<https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/18452>>]). 4.1. Im Allgemeinen setzt der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung unter anderem voraus, dass die versicherte Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist. Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (vgl. ferner Art. 4 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der

E. 5.1

Vorliegend verneinte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 23. September 2025 einen Anspruch auf eine Invalidenrente, da gemäss dem SMAB-Gutachten vom 20. Januar 2025 seit dem letzten materiellen Entscheid im Jahr 2019 keine Verschlechterung eingetreten und dem

E. 5.3

Im hier zu beurteilenden Fall ist als Vergleichsbasis auf die Verfügung vom

E. 5.4

In der angefochtenen Verfügung vom 23. September 2025 verneinte die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch mangels eines wesentlich veränderten Gesundheitszustands (vgl. IV-act. 129). Dabei stützte sie sich insbesondere auf das SMAB-Gutachten vom 20. Januar 2025 ab (vgl. IV-act. 116). 5.5.1. Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachpersonen zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben. Dies bedeutet in erster Linie, mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchungen unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die

Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet bzw. nimmt sie dazu Stellung, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Insoweit sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.1 f., 140 V 193 E. 3.1 f. und 132 V 93 E. 4; Urteile des Bundesgerichts 8C_569/2021 vom 2. Februar 2022 E. 3.2.2, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.4 und 8C_47/2021 vom 18. März 2021 E. 5.2.3). 5.5.2. Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und

12 / 22 nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 und 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a; Urteile des Bundesgerichts 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E. 3.2, 8C_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E. 4.1, 8C_101/2021 vom 25. Juni 2021 E. 5.1, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2 und 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.4). 5.5.3. 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 125 V 351 E. 3a und 122 V 157 E. 1c). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens (nach Art. 44 ATSG) eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4 und 125 V 351 E. 3b/bb; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 9C_290/2022 vom 11. Januar 2023 E. 3, 8C_166/2022 vom

E. 5.6

Demnach ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das SMAB- Gutachten vom 20. Januar 2025 abgestellt hat oder ob konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen bzw. dieses von der übrigen medizinischen Aktenlage in Zweifel gezogen wird.

E. 6

/ 22 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 (Art. 7 Abs. 2 Satz 1 ATSG).

4.2.1. Die Bemessung des Invaliditätsgrades wird in Art. 28a IVG geregelt. Diese richtet sich bei erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG, wobei der Bundesrat die zur Bemessung des Invaliditätsgrads massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren umschreibt. Mithin ist in diesem Fall ein Einkommensvergleich vorzunehmen. 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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen bzw. Einkommen mit Invalidität), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen bzw. Einkommen ohne Invalidität). Gemäss Art. 25 Abs. 2 IVV sind die massgebenden Erwerbseinkommen nach Art. 16 ATSG in Bezug auf den gleichen Zeitraum festzusetzen und richten sich nach dem Arbeitsmarkt in der Schweiz. Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV).

4.2.2. Nach Art. 26 Abs. 1 Satz 1 IVV bestimmt sich das Einkommen ohne Invalidität (sog. Valideneinkommen) anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Hinsichtlich der Bestimmung des Einkommens mit Invalidität (sog. Invalideneinkommen) sieht Art. 26bis Abs. 1 IVV was folgt vor: Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet. Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach

E. 6.1

Mit Blick auf die allgemeinen Beweisanforderungen (vgl. Erwägungen 5.5.2 ff. vorstehend) ist festzustellen, dass das SMAB-Gutachten vom 20. Januar 2025 in Kenntnis der Akten (vgl. IV-act. 116 S. 13 ff. und S. 26 f.), der vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden und dem Krankheitsverlauf ergangen ist (vgl. IV-act. 116 S. 27 ff., S. 38 ff., S. 60 ff. und S. 71 f.). Es basiert auf eigenen klinischen und laborchemischen Untersuchungen (vgl. IV-act. 116 S. 32 ff., S. 50 ff., S. 62 f. und S. 73 f.). Die Gutachterinnen und Gutachter nahmen ferner zu den streitigen Belangen Stellung (vgl. IV-act. 116 S. 35 ff., S. 52 ff., S. 63 ff. und S. 74 ff.). Dabei wiesen sie in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus (vgl. IV-act. 116 S. 7): ■

Aktenanamnestisch seronegative rheumatoide Arthritis ED 06/2017, aktuell nicht aktiv (ICD- 10: M06) ■ Degeneratives Panvertebralleiden mit Haltungsinsuffizienz, Cervicothorakalskoliose, Neigung zur HWS-Streckfehlhaltung, myofaszialen Dysbalancen, Diskusprotrusion und Unkarthrose C5/C6, C6/C7 sowie Diskushernie L4/5 und L5/S1 mit

Kompression der Wurzel S1 rechts (ICD-10: M50, M51, M54, M79, M40, M41, M42, M47) ■ Degeneratives Schulterleiden beidseits mit Insertionstendinopathie der Supraspinatussehne links, leicht aktivierter AC-Gelenksarthrose links, Bursitis subacromialis sowie Zustand nach Capsulitis adhäsiva links 2016 und aktivierter AC-Gelenksarthrose rechts (ICD-10: M75, M19, M77) Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachterinnen und Gutachter was folgt fest (IV-act. 116 S. 7): ■ Spannungskopfschmerzen (ICD-10: G44.2) ■ St. n. Cholezystektomie 2013 (ICD-10: K82.9) ■ Barrett-Ösophagus (ICD-10: K22.7) ■ Axiale Hiatushernie (ICD-10: K44.9)

E. 6.3

Dem SMAB-Gutachten stehen auch die neueren Berichte des C._____ vom 2. Juni 2025 (IV-act. 121 S. 2 ff.) und vom 1. September 2025 (IV-act. 126) nicht entgegen. Dr. med. I._____, Leitender Arzt Innere Medizin und Leiter Medizinische Poliklinik am C._____, führte in seinem Bericht vom 2. Juni 2025 betreffend die Fatigue-Sprechstunde vom 26. Mai 2025 aus, der Beschwerdeführer berichte, seit Mitte 2023 an ausgeprägter Müdigkeit respektive Energielosigkeit zu leiden. Er merke immer kurz nach Beginn einer körperlichen Betätigung, dass sein ganzer Körper schwer und antriebslos werde. Spätestens am Mittag respektive um 15.00 Uhr werde diese Symptomatik so stark, dass ein weitgehend imperativer Schlafdrang auftrete. Gelegentlich merke er an schlechten Tagen die gleiche Symptomatik auch schon vor dem Mittag. Ein bis drei Mal täglich lege er sich dann hin und schlafe ein bis zwei Stunden. Am Wochenende könne er körperlich etwas aktiv sein, wobei er ca. ein- bis zweistündige Fahrradtouren unternehme. Davor müsse er natürliche Aufputschmittel nehmen (mit Koffein, Magnesium, Zink und anderen Substanzen). Falls er zu viel Sport machen würde, sei er zwei Tage verstärkt schläfrig (IV-act. 121 S. 3). Diese Beschwerdeschilderungen mit ausgeprägter Müdigkeit nach körperlicher Betätigung seit Mitte 2023 sowie einem Schlafbedürfnis ab 15.00 Uhr wie auch die sportlichen Aktivitäten decken sich mit den Angaben gegenüber den Gutachterinnen und Gutachtern (vgl. Erwägung 6.2.1 vorstehend). Dr. med. I._____ diagnostizierte – nebst dem vorbekannten mittelschweren Rückenlage- und REM-Schlaf-assoziierten Schlafapnoesyndrom – u.a. eine Hypersomnie unklarer Ätiologie und hielt fest, bei dieser Müdigkeit handle es sich um eine verstärkte Tagesschläfrigkeit resp. Hypersomnie und deutlich weniger um eine Fatigue. Der Beschwerdeführer berichte eindrücklich über eine rasche Abnahme seines Wachheitszustandes im Verlauf des Tages resp. verstärkt nach körperlicher Aktivität, so dass dann ein fast schon imperativ anmutender Schlafdrang auftrete. Um den von ihm geäußerten Verdacht auf eine Hypersomnie zu objektivieren, meldete Dr. med. I._____ den Beschwerdeführer bei der Schlafmedizin zur Durchführung einer Aktigraphie, eines Multiplen Schlaflatenztests (MSLT) und einer Polysomnographie an (vgl. IV-act. 121 S. 2 ff.). Nach erfolgten Abklärungen konnte der Verdacht auf eine Hypersomnie allerdings nicht bestätigt werden. Der Chefarzt der Pneumologie am C._____, Dr. med. J._____, führte in seinem Bericht vom 1. September 2025 aus, aktuell hätten mittels Aktigraphie und

E. 6.4

Weitere Kritik äussert der Beschwerdeführer gegenüber dem SMAB- Gutachten vom 20. Januar 2025 zu Recht nicht. So kam die rheumatologische Gutachterin nach eingehender Auseinandersetzung mit den aktenkundigen Diagnosen, dem Krankheitsverlauf, der laborchemischen Untersuchung sowie den klinischen und bildgebenden Befunden nachvollziehbar zum Schluss, dass die Diagnose der seronegativen rheumatoiden Arthritis

zum aktuellen

E. 6.5

Insgesamt vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers somit keine Zweifel am SMAB-Gutachten vom 20. Januar 2025 zu wecken. Eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes ist nicht auszumachen. Nach dem Gesagten ergibt sich aus dem Vergleich der im Referenzzeitpunkt gegebenen medizinischen Situation und derjenigen, wie sie sich anlässlich der angefochtenen Verfügung vom

E. 7

/ 22 statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt (Art. 26bis Abs. 2 Satz 1 IVV). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26bis Abs. 3 IVV mit Verweis auf Art. 49 Abs. 1bis IVV in der bis zum 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Gemäss dem seit dem 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Abs. 3 von Art. 26bis IVV werden neben dem genannten Abzug für Teilzeitarbeit vom statistisch bestimmten Wert pauschal 10 % abgezogen (vgl. Satz 1). 4.3. Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad liegt gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG vor, wenn eine versicherte Person ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern kann (lit. a), während mindestens eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) ist (lit. c). Nach Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 % bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Art. 28b Abs. 4 IVG): Invaliditätsgrad Prozentualer Anteil 49 % 47.5 % 48 % 45 % 47 % 42.5 % 46 % 40 % 45 % 37.5 % 44 % 35 % 43 % 32.5 % 42 % 30 % 41 % 27.5 % 40 % 25 %

E. 8

/ 22 Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Leiter der Dachdeckerequipe bei der B.____ AG weiterhin in einem Pensum von 80 % zumutbar sei (vgl. IV-act. 129). 5.2.1. Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (lit. a) oder auf 100 Prozent erhöht (lit. b). Eine Revision der Invalidenrente hat bei jeder wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente zu erfolgen, wenn diese geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Dies gilt nicht nur für wesentliche Veränderungen des Gesundheitszustandes, sondern auch für erhebliche Veränderungen der erwerblichen Auswirkungen eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes (vgl. BGE 147 V 167 E. 4.1, 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3, 133 V 545 E. 6.1 und 130 V 343 E. 3.5; siehe ferner Urteile des Bundesgerichts 8C_250/2024 vom 14. April 2025 E. 2.2, 8C_343/2024 vom

E. 8.1

Laut Art. 69 Abs. 1bis IVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, rechtfertigt es sich, die Gerichtskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf CHF 700.00 festzusetzen. Diese sind vom unterliegenden Beschwerdeführer zu tragen.

E. 8.2

Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

22 / 22 Es wird erkannt:

E. 10

Februar 2025 E. 2.4, 8C_255/2024 vom 27. Januar 2025 E. 4.1, 8C_55/2023 vom 11. Juli 2023 E. 2.3 und 8C_758/2019 vom 19. Mai 2020 E. 3.2.1). Die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext hingegen unbeachtlich (vgl. BGE 144 I 103 E. 2.1 und 141 V 9 E. 2.3 m.w.H.; siehe ferner Urteile des Bundesgerichts 8C_250/2024 vom 14. April 2025 E. 2.2, 8C_343/2024 vom 10. Februar 2025 E. 2.4, 8C_255/2024 vom 27. Januar 2025 E. 4.1 und 8C_716/2022 vom 5. Juli 2023 E. 4.2). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügen somit, um auf einen geänderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (vgl. BGE 144 I 103 E. 2.1; siehe ferner Urteile des Bundesgerichts 8C_250/2024 vom 14. April 2025 E. 2.2, 8C_155/2024 vom

E. 11

März 2025 E. 6.1, 8C_343/2024 vom 10. Februar 2025 E. 2.4, 8C_255/2024 vom 27. Januar 2025 E. 4.1, 9C_587/2023 vom 8. April 2024 E. 2.3.2, 8C_190/2022 vom 19. August 2022 E. 2.3.3 und 9C_212/2021 vom 22. Oktober 2021 E. 4.4.1). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (vgl. BGE 134 V 131 E. 3 und 133 V 108 E. 5; siehe ferner Urteile des Bundesgerichts 8C_250/2024 vom 14. April 2025 E. 2.2 und 8C_207/2024 vom 10. März 2025 E. 5). Bei gegebenem Revisionsgrund ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") neu zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 144 I 103 E. 2.1 und 141 V 9 E. 2.3; siehe ferner 9 / 22 Urteile des Bundesgerichts 8C_250/2024 vom 14. April 2025 E. 2.2, 8C_155/2024 vom 11. März 2025 E. 6.1, 8C_343/2024 vom 10. Februar 2025 E. 2.4, 8C_255/2024 vom 27. Januar 2025 E. 4.1, 8C_142/2023 vom 18. September 2023 E. 3.3.2 und 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3). 5.2.2. Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Untersuchungsgrundsatz, wobei die Auskunftspflicht der Leistungen beanspruchenden Person zu berücksichtigen ist. Die Behörde hat – wo notwendig – den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein (vgl. Art. 43 Abs. 1 und 3 ATSG; siehe ferner WIEDERKEHR,

ATSG-Kommentar, 5. Aufl. 2024, Art. 43 Rz. 14 ff.). Die Untersuchungspflicht gilt sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch grundsätzlich im kantonalen Gerichtsverfahren (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Wenn der Versicherungsträger oder das kantonale Sozialversicherungsgericht im Rahmen einer umfassenden, sorgfältigen, objektiven und inhaltsbezogenen Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt überwiegend wahrscheinlich sei, steht dies einer antizipierten Beweiswürdigung nicht entgegen bzw. liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3, 134 I 140 E. 5.3 und 124 V 90 E. 4b). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. BGE 146 V 240 E. 8.1 f.; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_594/2024 vom 20. Juni 2025 E. 4.1, 8C_183/2024 vom 14. April 2025 E. 4.1, 9C_138/2024 vom 3. Juli 2024 E. 4.4 und 9C_484/2022 vom 11. Januar 2023 E. 4.2). Kommt die Verwaltung ihrer Abklärungspflicht nicht oder nicht genügend nach, kann die Sache aus diesem Grund an sie zurückgewiesen werden (vgl. BGE 132 V 368 E. 5).

E. 13

/ 22 unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 f.; Urteile des Bundesgerichts 8C_502/2022 vom 17. April 2023 E. 5.1, 8C_80/2022 vom 4. Mai 2022 E. 4, 8C_787/2021 vom 23. März 2022 E. 11.2.2, 8C_736/2021 vom 22. März 2022 E. 5.2 und 8C_764/2021 vom 3. März 2022 E. 4.2).

E. 14

/ 22 ■ Schlafapnoesyndrom, ED 2020 (ICD-10: G47.3) ■ Geringe Varikosität der unteren Extremitäten (ICD-10: I83.9) ■ St. n. COVID-19-Infektion 03/2022 (ICD-10: U08.9) ■ St. n. Herpes zoster im Bereich des ersten Trigeminusastes links 12/2020 (ICD-10: B02.9) ■ Zustand nach Fraktur der 12. Rippe links nach Unfall 2021 (ICD-10: S22) ■ Spreizfussfehlstellung bds. mit leichtem Hallux valgus links betont (ICD-10: M20, M21) ■ Aktenanamnestisch Epicondylopathia humeroradialis beidseits, rechtsbetont (ICD-10: M77) ■ Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F 45.41) Dazu hielten die Gutachterinnen und Gutachter fest, eine entzündliche Krankheitsaktivität sei schon seit November 2023 nicht mehr in den vorliegenden rheumatologischen Akten dokumentiert und die von psychiatrischer Seite gesehene chronische Schmerzstörung habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es fehle an der gleichmässigen Einschränkung in sämtlichen Aktivitätenniveaus. Der Beschwerdeführer sehe sich subjektiv zwar sehr eingeschränkt, was anhand dessen strukturierten und aktiven Tagesablaufes jedoch nicht nachvollzogen werden könne. Auch der nur seltene Gebrauch eines Schmerzmedikamentes relativiere den tatsächlichen Leidensdruck und zeige gemeinsam mit den gelebten Aktivitäten Ressourcen auf. Die Gutachterinnen und Gutachter erachteten den Beschwerdeführer aus rheumatologischen Gründen aufgrund der Gewichtsbelastung in der angestammten Tätigkeit seit dem zu betrachtenden Zeitraum ab dem 13. Februar 2019 als 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 116 S. 6 und S. 8). Diesbezüglich gilt allerdings festzuhalten, dass die Gutachterinnen und Gutachter in Bezug auf die angestammte Tätigkeit von den Tätigkeiten gemäss Fragebogen für Arbeitgebende vom November 2023 mit häufigen Arbeiten auf dem Dach und im Werk (Steinbruch), seltenen

Administrativarbeiten und Lasten bis 25kg, manchmal über 25kg, ausgingen (vgl. IV-act. 116 S. 41 f. und IV-act. 80 S. 3). Dies entspricht aber nicht der vom Beschwerdeführer seit Februar 2024 ausgeübten angepassten Tätigkeit bei der bisherigen Arbeitgeberin mit folgenden Aufgaben: Überwachen der Baustellen, Baustellen einrichten, Arbeitsvorbereitung und Kontrolle, Einteilen der Arbeiter auf den Baustellen und Übertragen von Arbeiten, Koordination, Ausmessungen, Materialbestellungen, Meldung von Präsenz- und Arbeitszeiten der Arbeitsgruppe und leichte körperliche Tätigkeiten (vgl. IV-act. 95 S. 1 f.). Sodann gingen die Gutachterinnen und Gutachter von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit aus. Zumutbar seien leichte bis

E. 15

/ 22 mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen und ohne repetitive Überkopfarbeiten, Hinknien, Kauern, Hocken und Leitern- und Treppenbesteigen. Zudem sei ausgeprägte Nässe und Kälteexposition ungünstig (vgl. IV-act. 116 S. 9 f.). Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem 13. Februar 2019 konnten die Gutachterinnen und Gutachter nicht feststellen (IV-act. 116 S. 10). 6.2.1. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, die anhaltende Fatigue-Problematik mit ausgeprägter Müdigkeit bzw. Energielosigkeit und Erschöpfung sei im SMAB- Gutachten nicht ausreichend gewürdigt worden, trifft dies nicht zu. Die Diagnose einer mittelschweren Rückenlage- und REM-Schlaf-assoziierten Schlafapnoe wurde erstmals im Bericht von Dr. med. F._____, Leitende Ärztin der Schmerzklinik am C._____, und Oberärztin Dr. med. G._____, vom 2. August 2022 genannt, wobei aus diesem ersichtlich ist, dass bereits im Juni 2021 eine Polysomnographie stattgefunden hatte und eine Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS) erfolgte (IV-act. 103 S. 2). In der Sprechstunde von Ende Juli 2022 berichtete der Beschwerdeführer, dass die wöchentliche Osteopathie und die Therapie mit Duloxetin und Celebrex zu weniger Schmerzen und einem deutlich besseren Nachtschlaf geführt hätten, er derzeit 80 bis 100 % in seinem Beruf arbeiten könne und seinen Hobbies wie Skitouren, Langlauf und Mountainbiken uneingeschränkt nachgehen könne (IV-act. 103 S. 3 f.). Den Gutachterinnen und Gutachtern war die Fatigue-Thematik bekannt und auch sie stellten die Diagnose eines Schlafapnoesyndroms (IV-act. 116 S. 7). Die vom Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang beklagten Beschwerden wurden von den Gutachterinnen und Gutachtern erfasst, was sich aus den jeweiligen Teilgutachten ergibt. So berichtete der Beschwerdeführer gegenüber der rheumatologischen Gutachterin, er schlafe nicht gut, auch wegen seiner Schlafapnoe. Er habe eine Schlafapnoemaske, mittlerweile trage er aber eine UKPS zur Unterstützung der Atemfunktion nachts. Es sei eine körperliche Erschöpfbarkeit, die ihn ebenfalls beeinträchtige. Gegen

E. 15.00

Uhr werde er immer sehr müde, er müsse sich hinlegen, schlummere oder döse, schlafe aber auch effektiv ein bis zwei Stunden, das sei unterschiedlich. Die Leistungsfähigkeit sei nicht mehr so wie früher. Bereits nach zwei Stunden leichter Arbeit habe er eine verstärkte körperliche Müdigkeit. Die Leistungsminderung, die Erschöpfbarkeit und die fehlende körperliche Kraft stünden im Vordergrund. Er habe natürliche Nahrungsergänzungspräparate, um sich selbst etwas zu pushen und um nicht einzuschlafen (IV-act. 116 S. 28 und S. 30 f.). Die psychiatrische Gutachterin hielt zum jetzigen Leiden bzw. zu den aktuellen Beschwerden fest, der Beschwerdeführer fühle sich ständig müde. Häufig sei er schon morgens um 09.00 Uhr müde und wenn er gearbeitet habe, sei er nachmittags gegen 15.00 Uhr so

E. 16

/ 22 müde, dass er sich eine Stunde hinlegen müsse (IV-act. 116 S. 48). Gleiches ergibt sich aus diesem Teilgutachten bei dem vom Beschwerdeführer beschriebenen Tagesverlauf, wonach er nachmittags nach der Arbeit müde sei und eine Stunde schlafe oder wenn er fit sei, eine Stunde zur Entspannung spazieren gehe (IV-act. 116 S. 49). Ebenso ist dem neurologischen Teilgutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer körperlich schnell erschöpft sei und sich nachmittags zwischen 15.00 Uhr und 16.00 Uhr oft für eine Stunde hinlegen oder spazieren gehen müsse (vgl. IV-act. 116 S. 60 f.). Gegenüber dem internistischen Gutachter berichtete der Beschwerdeführer, seit 2020 sei ein Schlafapnoesyndrom bekannt, weshalb er eine Schiene trage. Dies habe zu einer deutlichen Verminderung der Apnoeepisoden geführt (von 13 auf 2). Seine Müdigkeit, welche ausgeprägt seit etwa Ende Dezember 2023 bestehe, habe allerdings nicht gebessert. Nach der Arbeit um 15.00 Uhr würde er sich je nach Müdigkeit ca. eine Stunde niederlegen (IV-act. 116 S. 71 f.). Die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden decken sich auch mit den weiteren aktenkundigen Berichten, aus welchen ebenfalls eine verstärkte Müdigkeit bzw. eine Fatigue-Symptomatik, insbesondere nach körperlicher Belastung, hervorgeht, wobei er sich nachmittags hinlege (vgl. Berichte von Dr. med. H._____ vom 27. Juni 2022 [IV-act. 91 S. 7 f.], vom 28. August 2023 [IV-act. 91 S. 20 f.], vom 21. März 2024 [IV-act. 91 S. 23] und vom 15. April 2024 [IV-act. 91 S. 4 f.]; Berichte von Dr. med. E._____ vom 6. September 2023 [IV-act. 70 S. 2] und vom 16. Dezember 2023 [IV-act. 84 S. 3 und S. 5]; Bericht von Dr. med. G._____ vom 26. März 2024 [IV-act. 103 S. 6]). 6.2.2. Im Weiteren haben sich die Gutachterinnen und Gutachter auch mit der Müdigkeit bzw. der Fatigue-Symptomatik auseinandergesetzt, sahen diese jedoch in Widerspruch zum Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers stehend und damit als nicht nachvollziehbar. So hielt die rheumatologische Gutachterin zur Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität fest, das Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers korreliere nicht mit den angegebenen Schmerzen und der Medikamenteneinnahme. Gemäss den Angaben zum Tagesablauf sei dem Beschwerdeführer ohne wesentliche Einschränkung eine aktive und passive Teilhabe sowohl privat als auch beruflich möglich. Dieses Alltagsaktivitätenniveau stimme auch nicht überein mit dem Bericht der Rheumatologie des C._____ vom März 2024, in welchem aktuell von einem Bild von wandernden Schmerzen praktisch am ganzen Körper verbunden auch mit einer recht ausgeprägten Fatigue-Symptomatik gesprochen werde (vgl. IV-act. 116 S. 36 f.). Im Weiteren prüfte die rheumatologische Gutachterin das Vorliegen eines Fibromyalgiesyndroms gemäss den Kriterien des American College of Rheumatology (ACR) und führte aus, es lägen zum Teil degenerative Strukturveränderungen vor, die Schmerz entstehen liessen,

E. 17

/ 22 weswegen diese Areale vom Widespread-Pain als unspezifisch organpathologisch nicht zu begründenden Schmerz ausgeschlossen werden müssten. Die Symptom Severity Scale sei im konkreten Fall nicht erfüllt, da das Tagesaktivitätenniveau des Beschwerdeführers nicht wesentlich eingeschränkt sei. Er gebe zwar an, dass er sich nachmittags hinlegen müsse, um zu ruhen, manchmal auch schlafen müsse. Er sei aber dennoch in der Lage, zu funktionieren und aktiv und passiv am innerfamiliären Leben teilzuhaben und auch berufliche Kontakte zu pflegen. Das Aktivitätenniveau spiegle demnach nicht eine wesentliche Erschöpfbarkeit und er könne nach wie vor seinen Hobbys nachgehen, womit die Symptom Severity Scale nicht gegeben und die Voraussetzungen für das

Fibromyalgiesyndrom aktuell nicht erfüllt seien (IV-act. 116 S. 39 f.). Auch die psychiatrische Gutachterin führte aus, der Beschwerdeführer sehe sich subjektiv sehr eingeschränkt, was anhand seines strukturierten und aktiven Tagesablaufs nicht nachvollzogen werden könne. So unternehme dieser am Wochenende Mountainbike-Touren oder Wanderungen, sei mit dem Auto mobil, versorge gemeinsam mit seiner Frau den Haushalt und übernehme auch andere Tätigkeiten am Haus (Rasenmähen) (IV-act. 116 S. 53). In der klinischen Untersuchung stellte sie alsdann einen ausgeglichenen Affekt, keine deprimierte Stimmung und diverse Interessen (Mountainbiken, Wandern) fest, weshalb sie keine Diagnose aus dem depressiven Spektrum stellen konnte. Sie diagnostizierte jedoch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und erachtete die diesbezüglichen diagnostischen Kriterien als erfüllt. Allerdings wies sie dieser Diagnose keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu, da im Hinblick auf den aktiven Tagesablauf keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit plausibilisiert werden könne (IV-act. 116 S. 53 f.). Ferner konnte sowohl die rheumatologische als auch die psychiatrische Gutachterin anlässlich der Exploration keine Ermüdung feststellen (vgl. IV-act. 116 S. 32, S. 50 und S. 53), obwohl die beiden Untersuchungen nacheinander durchgeführt wurden und insgesamt über zwei Stunden dauerten (vgl. IV-act. 116 S. 25 und S. 46). Der internistische Gutachter führte aus, die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden liessen sich nicht Diagnosen aus dem internistischen Fachgebiet zuordnen. Insbesondere fände sich kein Anhalt für eine internistische Diagnose als Erklärung für die vom Beschwerdeführer beklagte Müdigkeit (vgl. IV-act. 116 S. 75). Dass der internistische Gutachter die seit 2020 bekannte Diagnose eines Schlafapnoesyndroms, welche mit einer UKPS versorgt sei, unter den Diagnosen ohne Auswirkungen für die Arbeitstätigkeit aufführte, ist – wie die vorstehend

E. 18

/ 22 erwähnten Schlussfolgerungen der rheumatologischen und psychiatrischen Gutachterinnen – aufgrund der vom Beschwerdeführer berichteten Aktivitäten wie Rasenmähen, Schnee schaufeln, Langlauf, Mountainbiken, Wandern, Haushaltserledigung und erhaltener Reisefähigkeit (vgl. IV-act. 116 S. 30, 49, 61 und 72), nachvollziehbar und nicht zu beanstanden.

E. 19

/ 22 MSLT-Untersuchung keine Hinweise für eine Hypersomnie oder Narkolepsie sowie eine relativ gute Schlafhygiene festgestellt werden können. Bei Liegezeiten von neun bis zehn Stunden bestehe ein Langschläfer-Typ. In der aktuellen Polysomnographie (unter UKPS) habe in Rückenlage und im REM-Schlaf eine relevante residuelle obstruktive Schlafapnoe nachgewiesen werden können (AHI- Rückenlage 42.2/h, AHI-REM 27/h), so dass die UKPS-Therapie aktuell zu keiner adäquaten Kontrolle des obstruktiven Schlafapnoesyndroms (OSA) führe. Passend hierzu bestehe fremdanamnestic eine Zunahme des Schnarchens im letzten Jahr. Zusätzlich hätten Hinweise für die vorbekannte Ein- und Durchschlafinsomnie eruiert werden können, welche nicht immer vorhanden und nicht immer im gleichen Ausmass manifest sei. Inwiefern eine optimale OSA-Behandlung zur Besserung der Tagesmüdigkeit führen würde, werde der Verlauf zeigen. Zur adäquaten, raschen und sicheren OSA-Kontrolle wurde ein erneuter CPAP-Therapieversuch empfohlen. Alternativ komme eine Überprüfung und gegebenenfalls eine Optimierung der UKPS beim behandelnden Zahnarzt in Frage. Der Beschwerdeführer habe sich mit einem erneuten CPAP-Therapieversuch sehr einverstanden erklärt (IV-act. 126 S. 2 f.). Daraus

ergibt sich, dass Dr. med. J. _____ mit einem mittelschweren Rückenlage- und REM-Schlaf-assoziierten Schlafapnoesyndrom dieselbe Diagnose wie Dres. med. F. _____ und G. _____ im Jahr 2022 stellte (IV-act. 103 S. 2). Die Messungen zur Polysomnographie im August 2025 ergaben sogar im Vergleich zu denjenigen im Juni 2021 mit einem Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) 18/h (gegenüber AHI 23.4/h im Jahr 2021) und einem (Oxygen Desaturation Index) ODI 3.2/h (gegenüber ODI 5.2/h im Jahr 2021) leicht verbesserte Werte (vgl. IV-act. 103 S. 2 und IV-act. 126 S. 1). In ihrem Bericht vom 26. März 2024 empfahl Dr. med. G. _____ zudem die Wiederaufnahme der Osteopathie, welche dem Beschwerdeführer vor zwei Jahren deutlich zur Verbesserung geholfen habe (vgl. IV-act. 103 S. 7). Auch Dr. med. J. _____ sah mit einem erneuten CPAP- Therapieversuch und der Überprüfung der UKPS diverse Therapiemöglichkeiten bzw. -optimierungen (IV-act. 126 S. 3). Die nach erfolgter Gutachtenserstellung eingereichten Berichte des C. _____ vom 2. Juni 2025 (IV-act. 121 S. 2 ff.) und vom 1. September 2025 (IV-act. 126) enthalten somit keine neuen medizinischen Fakten und stehen nicht im Widerspruch zum SMAB-Gutachten.

E. 20

/ 22 Untersuchungszeitpunkt infolge Fehlens einer aktuell klinischen und laborchemischen Entzündungsaktivität nur aus den Akten übernommen werden könne. CRP und BSG seien normwertig. In der aktuellen Bildgebung, vor allem im Handbereich, sei zu erkennen, dass es seit Erkrankungsbeginn im Jahr 2017 keinen radiologischen Progress gegeben habe. Die entzündlichen und postentzündlichen Strukturveränderungen, die 2017 beschrieben worden seien, seien nach wie vor "angedeutet", wie der Radiologe befunde, die "diskreten Erosionen an der Basis der Grundphalanx Dig V links" von 2017 würden aktuell nicht gesehen. Die entzündliche Aktivität sei entweder in den letzten Jahren gut behandelt oder nicht gegeben gewesen. Sodann diagnostizierte sie gestützt auf die bildgebenden Befunde nachvollziehbar ein degeneratives Panvertebralleiden mit Haltungsinsuffizienz, Cervicothorakalskoliose, Neigung zur HWS-Streckfehlhaltung, myofasziale Dysbalancen, Diskusprotrusion und Unkarthrose C5/C6, C6/C7 sowie Diskushernie L4/5 und L5/S1 mit Kompression der Wurzel S1 rechts (ICD-10: M50, M51, M54, M79, M40, M41, M42, M47) sowie ein degeneratives Schulterleiden beidseits mit Insertionstendinopathie der Supraspinatussehne links, leicht aktivierter AC- Gelenksarthrose links, Bursitis subacromialis sowie Zustand nach Capsulitis adhäsiva links 2016 und aktivierter AC-Gelenksarthrose rechts (ICD-10: M75, M19, M77) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Sie führte aus, in Bezug auf die Wirbelsäule, die Schultern oder den Handbereich, wo degenerative Veränderungen nachzuweisen seien, sei es nachvollziehbar, dass – unter Fehllhaltung oder zu grosser Gewichtsbelastung – belastungsabhängiger Schmerz entstehe (IV-act. 116 S. 36 und 39 f.). Soweit die rheumatologische Gutachterin infolge dessen eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit mit leicht bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen, ohne repetitive Überkopfarbeiten, ohne Hinknien, Kauern, Hocken und ohne Leitern- und Treppenbesteigen, unter Vermeidung ausgeprägter Nässe und Kälteexposition, als vollumfänglich zumutbar erachtete (IV-act. 116 S. 42 f.), erscheint dies plausibel, zumal die bestehenden Beschwerden durch dieses Zumutbarkeitsprofil kompensiert werden können.

E. 23

September 2025 präsentierte, dass sowohl die somatischen Leiden wie auch das Schlafapnoesyndrom vorbekannt sind und in dieser Hinsicht keine Verschlechterung des

Gesundheitszustandes eingetreten ist. Soweit der

21 / 22 Beschwerdeführer von einer Verschlechterung der Müdigkeit seit ca. Mitte/Ende 2023 berichtet, kann dies sowohl aufgrund der durchgeführten schlafmedizinischen Abklärungen (vgl. Erwägung 6.3 vorstehend) als auch aufgrund der von ihm geschilderten Beschwerden nicht nachvollzogen werden. So betreffen Letztere im Wesentlichen eine Müdigkeit nachmittags gegen 15.00 Uhr, wobei er sich gemäss seinen Angaben dann oft hinlegen und schlafen müsse. In diesem Ausmass beklagte er die Beschwerden aber bereits im Referenzzeitpunkt im Jahr 2019 (vgl. Erwägung 5.3 vorstehend). Damit liegt keine veränderte Befundlage vor. Insofern ist nicht zu beanstanden, wenn der RAD-Arzt Dr. med. D._____ in seiner Beurteilung vom 22. September 2025 festhielt, in den Berichten des C._____ vom 2. Juni 2025 (IV-act. 121 S. 2 ff.) und vom 1. September 2025 (IV-act. 126) werde das vorbekannte Schlafapnoesyndrom beschrieben. Eine Verschlechterung sei nicht eingetreten und eine Therapieoptimierung werde angestrebt (vgl. IV-act. 130 S. 17). Ein Revisionsgrund ist folglich nicht ausgewiesen. 7. Nach dem Gesagten ergibt sich, dass sich die Beschwerde als unbegründet erweist und somit abzuweisen ist, soweit darauf einzutreten ist.

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