

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01296 vom 27. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.01296](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01296)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01296 du 27 juillet 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01296 del 27 luglio 2017

## Erwägungen

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, einen ausschliessenden Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4. ).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichtes 8C\_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich 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. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und

8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

### **E. 1.2**

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 her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

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

### **E. 1.3**

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 ausglichener 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 mit Hinweisen). 1. 4

### **E. 1.4**

.3

Im Rahmen einer materiellen Revision (Art. 17 ATSG) ist die Verwaltung verpflichtet, das neue Leistungsbegehren in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig, das heisst nicht nur mit Bezug auf jenes Sachverhaltssegment, in welchem eine Änderung glaubhaft gemacht worden ist, zu prüfen. Dementsprechend ist das Sozialversicherungsgericht befugt (und verpflichtet), bei Bedarf Teilaspekte des Rechtsverhältnisses von Amtes wegen aufzugreifen, selbst wenn diese bereits in der früheren rechtskräftigen Verfügung beurteilt wurden (Urteile des Bundesgerichts 9C\_813/2008 vom 8. April 2009 E. 4.1 und 9C\_206/2010 vom 8. Oktober 2010 E. 3.1 je mit Hinweisen). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, es sei gestützt auf das A.\_\_\_\_-Gutachten vom 28. April 2014 samt den zusätzlichen Stellungnahmen der A.\_\_\_\_-Gutachter von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer leidensangepassten, körperlich leichten bis höchstens mittelschweren Tätigkeit bei ganztägiger Präsenz auszugehen. Es bestehe entgegen den Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ und des Beschwerdeführers kein Grund, den Beweiswert des Gutachtens in Frage zu stellen. Ein solches sei in jedem Einzelfall individuell nach Schlüssigkeit und Plausibilität zu prüfen. Massgeblich seien die Beweisanforderungen, wie sie vor allem auch vom Bundesgericht entwickelt und präzisiert worden seien. Die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten der F.\_\_\_\_ verstünden sich nur als Empfehlungen. Der Beweiswert eines Gutachtens könne auch nicht allein an fehlenden Angaben zur Unter- su

chungsdauer scheitern. Der Beschwerdeführer fühle sich aufgrund seiner Schmerzen nicht arbeitsfähig, welche sich indes durch somatische Befunde nicht hinreichend objektivieren lassen würden, so dass eine psychische Überlagerung anzunehmen sei. Mangels einer erheblichen psychischen Komorbidität könne aufgrund der diesbezüglichen Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung jedoch keine Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Bei insgesamt geringen objektivierbaren Befunden, deutlichen Hinweisen auf Selbstlimitation, Inkonsistenzen und Diskrepanzen sowie nicht ausgeschöpften Therapieoptionen, vorhandenen persönlichen Ressourcen und Ressourcen im Umfeld sowie nicht geringem Aktivitätsniveau erscheine es dem Beschwerdeführer zumutbar, trotz seiner Beschwerden im Umfang von 80 % einer leidensangepassten Tätigkeit nachzugehen. Der Einkommensvergleich per 2012 ergebe einen Invaliditätsgrad von 38 %, weshalb kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2 S. 2 ff.). 2.2

Der

Beschwerdeführer

wendet dagegen ein, die Einschätzung der A.\_\_\_\_-Gutachter, inklusive der subjektiven Verhaltensbeobachtungen, widerspreche den Ausführungen aller ihn seit Jahren behandelnden Fachärzte, die sich für ihn eingesetzt hätten und deren Einschätzungen auch durch die Berufsscoaches der E.\_\_\_\_ gestützt würden, diametral. Die A.\_\_\_\_-Gutachter hätten ausserdem keine konkreten Beispiele für die Behauptung der Inkonsistenzen angegeben. Eine Inkonsistenz dürfe insbesondere nicht daraus abgeleitet werden, dass kein signifikanter Nachweis von Mefenaminsäure im Blut bestand habe. Denn die Plasma-Halbwertszeit von Mefenacid betrage 2 Stunden. Zur fraglichen Beweistauglichkeit des A.\_\_\_\_-Gutachtens sei im Übrigen auf die Eingaben im Verwaltungsverfahren vom 27. Oktober 2014 (Urk. 6/251) und vom 16. Juni 2015 (Urk. 6/266) sowie auf die Evaluation von Dr. D.\_\_\_\_ (vom 25. Oktober 2014; Urk. 6/248) zu verweisen. Er habe trotz seiner Arbeitsmotivation und seines Arbeitswillens auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keine Chance mehr, eine Hilfstätigkeit zu erlangen. Selbst gestützt auf das A.\_\_\_\_-Gutachten sei ein Rentenanspruch ausgewiesen. Denn die Verwertbarkeit der medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit, zu welcher die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid gar nicht Stellung genommen habe,

sei zu verneinen; dies insbesondere aufgrund seines Alters, seines verlangsamten Arbeitstempos mit medikamenten induzierten, alters- und schlafbedingten Einschränkungen der kognitiven Leistungen, der erheblichen gesundheitlichen funktionellen Einschränkungen, der (einseitigen) langjährigen Berufserfahrung als Hilfsmaler, der beruflich und gesundheitlich bedingten Notwendigkeit langer Angehörigkeit, der Arbeitsmarktlage mit einem Überangebot an jungen, unqualifizierten, aber leistungsfähigen Arbeitnehmern und der wie vom E.\_\_\_\_ attestierten Notwendigkeit zur Unterstützung bei der Arbeitssuche. Auch eine arbeitsmarktliche Konkretisierung durch die Fachleute der Berufsberatung sei trotz Vorlage des Berichts der E.\_\_\_\_ nicht erfolgt. Des Weiteren beziehe sich das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invalideneinkommen gemäss dem Tabellenlohn nach der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) Ziffer 02-96 auf ihm unzumutbare Tätigkeiten. Vom Tabellenlohn nach der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) sei zudem ein leidensbedingter Abzug von 20 %

vorzu nehmen , was in jedem Fall einen Invaliditätsgrad von mindestens 50 % ergeben würde (Urk. 1 S. 3

ff. , Urk. 12 S. 3 ff. ). 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom Juli 2012 ( Urk. 6/51, Urk. 6/155, Urk. 6/165 ) eingetreten. Das Gericht hat daher in materiell - rechtlicher Hinsicht zu prüfen, ob in der Zeit ab der letzten materiell - rechtlichen Leistungsprüfung und Rentenabsetzung mit Verfügung vom

18. Mai 2009 ( Urk. 6/111 ), bestätigt mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2009.00553 vom 22. November 2010 (Urk. 6/118), eine anspruchsbegründende Änderung eingetreten ist ( zur zeitlichen Vergleichsbasis vgl. BGE 130 V 71 ) .

Die Verfügung vom

18. Mai 2009 ( Urk. 6/111) ist als Vergleichsbasis massgeblich, obschon nach diesem Zeitpunkt infolge der Neuanschuldung vom Januar 2012 (Urk. 6/122) ein weiterer Entscheid der Beschwerdegegnerin erfolgt war, mit welchem sie indes auf die Neuanschuldung nicht eingetreten war (Verfügung vom 19. März 2012 ; Urk. 6/134) , was vom Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil IV.2012.00397 vom 25. März 2013 dementsprechend ohne materiell-rechtliche Prüfung des Leistungsanspruchs bestätigt wurde (Urk. 6/181).

Die angefochtene Verfügung vom 13. November 2015 ( Urk. 2) bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der rechtlichen Überprüfungsbeugnis in diesem Verfahren (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 122 V 77 E. 2b, Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hinweis). 3. 3.1

Im Urteil IV.2009.00553 vom 22. November 2010 E.4.1

( Urk. 6/118 / 7-8 ) hatte das hiesige Gericht festgehalten , der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit dem Einspracheentscheid vom 27. Juni 2007 ( Urk. 6/81), dem das Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 24. Mai 2007 ( Urk. 6/74) zugrunde gelegen habe, nicht in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert. Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Rheumatologie, habe (im Bericht vom 7. März 2008, Urk. 6/ 96/7-9 ) sogar ausdrücklich festgehalten , die objektiven rheumatologischen Befunde hätten sich seit der rheumatologischen Begutachtung durch das Z.\_\_\_\_ nicht geändert . Eine Verschlechterung habe er aus rheumatologischer Sicht nicht feststellen können . Vielmehr habe der Beschwerdeführer bei der Untersuchung gehemmt steife und betont schonende Bewegungen gemacht . Auffällig seien auch die Waddell -Zeichen wie Überreaktion, Schmerzangabe bei Scheinmanövern, fehlende Korrelation der Schmerzsymptomatik mit pathologisch anatomischen Befunden gewesen. Die Prüfung der Beweglichkeit der Wirbelsäule und der Gelenke habe der Beschwerdeführer durch aktive Muskelanspannung erschwert. Auch Dr. med. H.\_\_\_\_ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, habe (im Bericht vom 13. Juli 2009, Urk. 6/114/4-6) bei der Untersuchung der rechten Schulter ein massives Sperren festgestellt. Gleichzeitig habe der Beschwerdeführer bei der Kraftuntersuchung weniger Kraft eingesetzt, habe die Schulter jedoch beim An- und Ausziehen wie derum problemlos bewegen können. Hinweise auf eine entzündliche Erkrankung hätten sich nicht gefunden. Aufgrund des dargelegten Verhaltens des Beschwerdeführers bei den jeweiligen Untersuchungen müsse seine körperliche

Leistungsfähigkeit grundsätzlich höher eingestuft werden, als von ihm selber angegeben.

So wohl Dr. G.\_\_\_\_ als auch Dr. H.\_\_\_\_ hätten dem Beschwerdeführer – wie zu vor die Gutachter des Z.\_\_\_\_ – in nachvollziehbarer Weise eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit attestiert. Insofern würden keine Hinweise für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliegen ( Urk. 6/ 118/7-8 ).

Gemäss dem Gerichtsurteil IV.2009.00553 vom 22. November 2010 war somit weiterhin der Gesundheitszustand massgeblich, wie er dem Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 24. Mai 2007 zugrunde lag. In Erwägung 3.1 des Urteils wurde aus dem Z.\_\_\_\_ -Gutachten das Folgende zitiert: „Darin wurde die Diagnose eines chronifizierten, belastungsabhängigen zervikothorakalen und lumbosakralen Schmerzsyndroms bei Chondrose bis Osteochondrose C5/6 und C6/7 mit kleiner medio-rechts lateraler Diskushernie Th1/2 ohne Neurokompression, beginnender Chondrose L4/5 und Osteochondrose L5/S1 mit korrespondierender Spondylarthrose beidseits und steilem Kreuzbein-Basiswinkel, vereinzelt Tendoneuritis parazervikal und im Schultergürtelbereich beidseits ohne muskuläre Hartspannung gestellt und ausgeführt, der Beschwerdeführer habe 1992 und 1998 je während etwa fünf Monaten akute Lendenwirbelsäulenbeschwerden gehabt und sei dann nie mehr ganz beschwerdefrei geworden.

Beim Unfall am 21. Juli 2003 habe er keine körperlichen Verletzungen erlitten. Es habe sich jedoch eine so genannte „Schreckreaktion“ eingestellt, die zu einer Verspannung der Nackenmuskulatur geführt habe. Die zunächst durch den Hausarzt erhobene Diagnose einer Halswirbelsäulenkontusion habe sich nicht bestätigt, sondern lediglich zum Verletztenbewusstsein des Beschwerdeführers beigetragen und zu einer Chronifizierung der Beschwerden geführt.

Die orthopädisch-chirurgische und rheumatologische gutachterliche Abklärung habe alterskonforme degenerative Veränderungen in der Hals- und Lendenwirbelsäule gezeigt, die die angegebenen Leistungseinbussen nicht ausreichend erklären könnten. Ebenso liessen sich die angegebenen Schwindelbeschwerden bei unauffälligem Neurostatus nicht einordnen und seien deshalb als unspezifisch zu beurteilen. In psychiatrischer Hinsicht finde sich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung ohne psychische Komorbidität.

Aufgrund der degenerativen Veränderung in der Wirbelsäule sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Maler, welche eine hohe Wirbelsäulenbelastung beinhalte, zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit ohne Heben von schweren Gewichten und ohne Arbeiten in Zwangshaltungen, bestehe jedoch seit Abschluss der Rehabilitationsbehandlung am 20. Oktober 2004 eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht weise der Beschwerdeführer ein selbstlimitierendes Krankheitserleben auf. Es fänden sich keine Hinweise für eine psychische Fehlentwicklung in Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Dagegen müsse er mit verschiedenen psychisch belastenden Situationen, insbesondere der Erkrankung der Ehefrau und der materiellen Not, umgehen. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung wirke sich jedoch nicht auf seine Arbeitsfähigkeit aus.“ ( Urk. 6/118/5-6).

Von diesem medizinischen Hintergrund ist als Vergleichsbasis im vorliegenden Verfahren auszugehen. 3.2 3.2.1

Mit der Neuanmeldung im Juli 2012 machte der Beschwerdeführer eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes in rheumatologischer Hinsicht und in Bezug auf seine

Hörfähigkeit rechts bei progredientem TINNITUS sowie der Diagnose eines Cholesteatom s , welches operiert werden müsse, geltend (Urk. 7/155).

Nach Durchführung der angekündigten Operation des Cholesteatoms rechts am 29. August 2012 führte Dr. med. I.\_\_\_\_, Oberarzt der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie des J.\_\_\_\_, im Bericht vom 17. September 2013 aus, der Beschwerdeführer sei für ihn klar nicht arbeitsfähig, auch nicht in leichteren Tätigkeiten. Eine otoneurologische Begutachtung sei in die Beurteilung der Gesamtsituation jedenfalls einzu beziehen. Als Diagnosen führte Dr. I.\_\_\_\_ die folgenden auf: 1. Verdacht auf peripher-vestibuläre Dysfunktion beidseits, differentialdiagnostisch posttraumatische vestibuläre Migräne, im Rahmen der Diagnose 2, Status nach Distorsions trauma der Halswirbelsäule (HWS) nach Auffahrunfall 2003, Status nach offener Mastoidektomie, Epitympanektomie und Tympanoplastik bei Cholesteatom rechts am 29. August 2012 mit Schmerz exaszerbation im Verlauf, wahrscheinlich aufgrund der Diagnose 2; 2. Chronisches Lumbovertebralsyndrom bei/mit Status nach HWS-Distorsions trauma nach Auffahrunfall 2003, Arthropathie der Schulter links, relevante zirkuläre

Diskusprotrusion L4/L5 mit mittelgradiger Einengung der Neuroforamina, Spondylose L4-S1, Osteochondrose L5/S1 mit mittelgradiger ossäre Einengung der Neuroforamina, kongenitale cervikale Spinalkanalverengung, rechtsbetonte Stenose der Neuroforamina C6-C7 und dorsolaterale Spondylose sowie Osteochondrose (Urk. 6/196).

Im Bericht vom 20. Januar 2014 hielt Dr. I.\_\_\_\_ zudem fest, dass beim Beschwerdeführer eine Ageusie und eine hochgradige Schwerhörigkeit auf der rechten Seite nach Operation bestünden (Urk. 6/208/1). Im Schreiben vom 22. Januar 2014 erklärte Dr. I.\_\_\_\_ sodann, er erachte den Beschwerdeführer - so wie er die Sachlage im Augenblick beurteile - aufgrund der Schmerzen und Schwindelbeschwerden als nicht arbeitsfähig. Eine Schmerzproblematik sei sicher (auch) durch die Operation vom August 2012 bedingt, es würden aber noch andere Faktoren zugrunde liegen (Urk. 6/209).

Dr. H.\_\_\_\_

hatte in seinem Bericht vom 17. Dezember 2012 ausgeführt, aus rheumatologischer Sicht könne bezüglich der Arbeitsfähigkeit lediglich gesagt werden, dass sich die Lumbovertebralsymptomatik neu manifestiert habe und sie entsprechend auch abgeklärt worden sei. Aufgrund der Gesamtsituation habe sie sich sicher verschlechtert. Wesentlich sei die Cholesteatom-Operation im Jahr 2012 mit entsprechenden Gehörschwierigkeiten auch nach der Operation. Daher sei er sicher zusätzlich verspannt, da er ein verstärktes Unsicherheitsgefühl habe. Eine derart verspannte Muskulatur werde natürlich mit der Zeit mehr Schmerzen induzieren. Um ihm wirklich gerecht zu werden, könne seine Arbeitsfähigkeit nur durch eine interdisziplinäre Begutachtung festgelegt werden (Urk. 7/178/17-18).

Im Schreiben vom 15. Mai 2013 erklärte Dr. H.\_\_\_\_ ausserdem, beim Beschwerdeführer bestehe der Status nach Hepatitis B. Die Leberwerte seien nicht gut, er habe immer Schmerzen und sei müde. Rein aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten Tätigkeit mit wechselnder Stellung mindestens zu 50% arbeitsfähig. Diese Einschätzung werde dem Gesamtleiden indes nicht gerecht (Urk. 6/195). 3.2.2

Gemäss dem A.\_\_\_\_ -Gutachten vom 28. April 2014 wurde der Beschwerdeführer am 17. und 18. sowie 24. März 2014 von Fachärzten aller medizinischer, psychiatrischer, orthopädischer, neurologischer und otorhinolaryngologischer Fachrichtung

untersucht ( Urk. 6/214/1 ). Der Beschwerdeführer klagte gegenüber den Gutachtern über Kraftlosigkeit im ganzen Körper, Ganzkörperbeschwerden mit insbesondere Schmerzen im Rücken ,

nuchal mit Ausstrahlung in die Schultergegend beidseits und in den Kopf , rechtsbetont , sowie lumbal mit Ausstrahlung ins linke Bein, Kopfschmerzen, Schmerzen im Bereich des rechten Ohres, einer Verschlechterung der Hörfähigkeit rechts, einer Geschmacksstörung, einen Tinnitus, Drehschwindel, Schluck- und Atemprobleme, Magenschmerzen, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Durchschlafschwierigkeiten sowie Heuschnupfenbeschwerden. Depressiv sei er nicht, er leide einzig unter körperlichen Beschwerden ( Urk. 6/214/10, Urk. 6/214/13, Urk. 6/214/19 , Urk. 6/214/25-26, Urk. 6/214/30 ).

Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter die folgenden fest: 1. Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom, anamnestisch mit Ausstrahlungen in den rechten Arm (ICD-10 M54.2) mit/bei degenerativen Veränderungen der unteren HWS, akzentuiert, im Segment HWK 6/7 ohne eindeutig fassbare Neurokompression (ICD-10 M50.2/M47.82); 2. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, anamnestisch mit Ausstrahlungen ins rechte Bein (ICD-10 M54.5) mit/bei degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) , akzentuiert im Segment LWK5/SWK1, bildgebend ohne Kompromittierung neuraler Strukturen (ICD-10 M51.2/M47.86); 3. Subakromiales Impingement Schulter rechts (ICD-10 M75.4), klinisch ohne Hinweise auf eine funktionell relevante Läsion der Rotatorenmanschette ; 4. Zustand nach offener Mastoidektomie mit Tympanoplastik rechts am 19. August 2012 mit/bei Cholesteatom rechts (ICD-10 H71), pantonale Schallleitungsschwerhörigkeit rechts (ICD-10 H90.2), Tinnitus rechts ICD-10 H93.1) dekompensiert; 5. Intermittierende Schwindelsymptomatik (ICD-10 H82) ohne Hinweis auf eine periphere vestibuläre Funktionsstörung, differentialdiagnostisch zervikogen-propriozeptiv bedingt ( Urk. 6/214/34 ) .

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden im A.\_\_\_\_ -Gutachten die folgenden genannt: 1. Anamnestisch Verdacht auf leichtgradiges subakromiales Impingement Schulter links (ICD-10 M75.4) bei/mit klinisch aktuell weitgehend unauffälligem Untersuchungsbefund; 2. Ageusie rechts (ICD-10 G97.8), 3. anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4); 4.

Chronische Hepatitis B (ICD-10 B18.1); 5. Rhinokonjunktivitis allergica (ICD-10 H10.8 ; Urk. 6/214/34-35 ) .

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit kamen die Gutachter zum Schluss, dem Beschwerdeführer sei die angestammte Tätigkeit als Maler und jede andere körperlich schwere Tätigkeit (weiterhin) nicht mehr zumutbar.

Eine leidensangepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs in einem 80%igen Pensum bei ganz tägiger Präsenz gemittelt ab August 2012 zumutbar (Urk. 6/214/35-37 ) .

Bei der orthopädischen Untersuchung habe sich bei der Detailuntersuchung des Rumpfes eine deutliche Selbstlimitation mit Inkonsistenzen im Verlauf der Untersuchung gezeigt. Es hätten sich keine Hinweise auf eine lokale Pathologie von grösserer Relevanz im Bereich der Beine ergeben. An den oberen Extremitäten hätten Hinweise auf ein subakromiales Impingement der rechten Schulter und allenfalls in geringem Ausmass auch links bestanden und die Bildbefunde hätten gewisse degenerative Veränderungen an der untern HWS und unteren LWS gezeigt. Es hätten insgesamt deutliche Hinweise darauf bestanden, dass das Gesamtschmerzempfinden des Beschwerdeführers von nicht-organischen Faktoren überlagert werde. Aus orthopädischer Sicht seien ihm nur noch leichte bis höchstens mittelschwere Tätigkeiten mit einer Hebe- und Tragelimitation von 10 Kilogramm, ausnahmsweise 15 Kilogramm, und ohne länger dauernde Zwangshaltung von Rumpf und Kopf sowie ohne repetitive Überkopfbewegungen der Arme zumutbar.

Aus otorhinolaryngologischer Sicht seien zudem Tätigkeiten, bei denen eine normale auditive Kapazität oder ein intaktes Richtungshören vorausgesetzt würden, und Tätigkeiten unter erhöhtem Störärm, mit Sturz-, Eigen- oder Fremdgefährdung und mit häufigen Rotationsbewegungen nicht mehr zumutbar. Aufgrund des dekompenzierten Tininitus bestehe auch in quantitativer Hinsicht eine Einschränkung, und zwar von 20 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfes. Bei der neurologischen Untersuchung hätten keine relevanten pathologischen Befunde und insbesondere bezüglich des HWS- und LWS-Syndroms keine radiokuläre oder meduläre Beteiligung erhoben werden können. Dementsprechend sei in einer den weiteren somatischen Problemen angepassten Tätigkeit keine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt worden. Aus allgemein internistischer und psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei aufgefallen, dass das Ausmass der geklagten körperlichen Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend hätten objektiviert werden können. Es müsse eine psychische Überlagerung angenommen werden. Dabei handle es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung auf dem Boden einer mehrfachen psychosozialen Belastung (Urk. 6/214/35-36).

### 3.2.3

Der Internist Dr. B.\_\_\_\_ brachte in seiner Stellungnahme zum A.\_\_\_\_-Gutachten vom 10. Juni 2014 dagegen vor, der psychiatrische Befund des A.\_\_\_\_-Gutachters Dr. C.\_\_\_\_ scheine ihm nicht ganz plausibel. Dieser habe den Beschwerdeführer nur eine Stunde lang untersucht, was definitiv zu wenig sei für die Beurteilung der Gesamtsituation. Er, der den Beschwerdeführer seit vielen Jahren verfolge, könne nach zahlreichen intensiven Gesprächen mit ihm klar attestieren, dass er deutliche Zeichen von Depressionen manifestiere. Die geklagten und klar existierenden Gesamtschmerzen seien lediglich als Klagen interpretiert worden, was dazu führe, dass der Beschwerdeführer sich die Arbeitsunfähigkeit nur einbilde. Dem sei jedoch ausdrücklich zu widersprechen. Der Beschwerdeführer habe nämlich bis zum Unfall im Jahr 2003 hart gearbeitet und er sei absolut nicht eine arbeitsscheue Person. Insgesamt sei die von den A.\_\_\_\_-Gutachtern evaluierte Arbeitsfähigkeit von 80 % in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten nicht gerechtfertigt, insbesondere auch nicht, weil die psychischen Komponenten völlig verharmlost worden seien. Es sei unverstänglich, dass nach einer erheblichen physischen und psychischen Verschlechterung seine Arbeitsunfähigkeit nun nur noch 20 % lauten solle.

Der Beschwerdeführer habe nach vergeblicher Suche einer (körperlich) leichten Arbeit trotz intensiven Schmerzen bis kurz vor der Cholesteatom-Operation im Juli 2012 zu 50 % als Hilfsmaler gearbeitet. Er leide seit dem Unfall und den daraus folgenden Komplikationen sowohl aus medizinischer als auch sozialer Sicht an Depressionen. Sein psychischer Zustand und auch die Gesamtsituation hätten sich nach der Diagnose des Cholesteatoms im Juli 2012 wesentlich verschlechtert. Nebst den vorherigen Schmerzen infolge des Unfalls und den Nebenwirkungen der Operation würden jetzt neu auch ein sehr starker Tinnitus, extreme Kopfschmerzen und andauernde Müdigkeit wegen Durchschlafstörungen hinzukommen (Urk. 6/213). 3.2.4

Der psychiatrische A.\_\_\_\_-Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ erklärte im ergänzenden Bericht vom 2. Juli 2014 hierzu, bei der psychiatrischen Untersuchung hätten keine depressiven Verstimmungen festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer sei freundlich und kooperativ gewesen und es hätten sich keine Antriebsstörungen gefunden. Er habe berichtet, dass er täglich Spaziergänge unternehme, mit seiner Ehefrau einen Kaffee trinken gehe, regelmässig seinen Schrebergarten besuche, sich dort mit Kollegen und Freunden treffe und dass er auch regelmässigen Kontakt zu seinen Geschwistern habe. Es treffe somit keineswegs zu, dass er einen sozialen Rückzug zeige und unter erheblichen psychischen Problemen leiden würde. Er habe sich aufgrund seiner Schmerzen nicht arbeitsfähig gefühlt. An der Beurteilung werde festgehalten (Urk. 6/222). 3.2.5

Die Psychiaterin Dr. D.\_\_\_\_ nahm in ihrer „Evaluation des Gutachtens A.\_\_\_\_ Basel vom 28. April 2014 z. H. IV-Stelle“ und „Beurteilung der Qualität Kontrolle des Gutachtens durch den Rechtsanwender / Empfehlung“ vom 25. Oktober 2014 ausführlich

zum A.\_\_\_\_-Gutachten nach formalen (Urk. 6/248/27-48), inhaltlichen (Urk. 6/248/49 - 55 )

und sozialmedizinischen (Urk. 6/248/55- 61 ) Kriterien

bezüglich aller Fachrichtungen Stellung. Dabei handelt es sich nicht um ein Gegengutachten. Der Bericht erschöpft sich in der kritischen Bewertung des A.\_\_\_\_-Gutachtens. Eigene Abklärungen, Befunde und Diagnosen sind darin nicht enthalten. Ausserdem geht daraus hervor, dass Dr. D.\_\_\_\_ die behandelnde Psychiaterin des Beschwerdeführers ist (Urk. 6/248/2). Die Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ kommen somit beweisrechtlich Parteivorbereitungen gleich.

Dr. D.\_\_\_\_

kritisierte namentlich, dass das A.\_\_\_\_-Gutachten die Qualitätslinien für Gutachten im Sozialversicherungsbereich, welche die Invalidenversicherung auch intern als Raster für die Qualitätskontrolle von Gutachten verbindlich implementiert habe, sowohl formal als auch inhaltlich nicht oder nur mangelhaft angewandt habe. Ausser dem Kriterium, dass die geklagten Beschwerden zu berücksichtigen seien, seien mit dem A.\_\_\_\_-Gutachten auch die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens nicht erfüllt worden.

In somatischer Hinsicht sei vom A.\_\_\_\_ anstatt - wie von der Beschwerdegegnerin beauftragt und auf die Beschwerden zu treffend - eines Facharztes der Rheumatologie ein Facharzt der Orthopädie als Experte eingesetzt worden. Die allgemein-interdisziplinäre und orthopädische Daten- und Befunderhebung basiere auf unvollständigem Aktenauszug und sei mangelhaft. Insbesondere fehle in der Aktenzusammenfassung der zweite Teil der von

Dr. I. \_\_\_ im Bericht vom 17. September 2013 aufgeführten Diagnosen (Urk. 6/196/1; vgl. E. 3.2.1 hiervor).

Weiter sei die Bildgebung von 2011 und 2012 alt und decke nur einen Teil der Wirbelsäule sowie die Schultergelenke gar nicht ab. Auch entstehe der Eindruck einer gewissen Dissimulierung des orthopädischen Gutachters bei der Darstellung der erhobenen Befunde.

Sodann habe der psychiatrische Gutachter keine repräsentative somatische Befundlage gefordert und es mache den Eindruck, dass er kein vollständiges Bild vom somatischen Gesundheitszustand

gehabt habe. Denn seine Untersuchung sei unüblicherweise nicht am Schluss der Untersuchungen angesetzt gewesen und er habe trotz des Cholesteatoms mit schwerer Hörstörung und Rezidivneigung der Perlgeschwulst sowie trotz der degenerativ-destruktiven Erkrankung an der Wirbelsäule und an den Schultergelenken

das Vorliegen einer schweren chronischen körperlichen Begleiterkrankung verneint. Ferner würden die Daten- und Materialsammlung sowie die Differentialdiagnostik im psychiatrischen Teilgutachten Lücken aufweisen. Man habe sich nicht an die fachlich-diagnostischen Vorgaben gehalten, was in einer inhaltlich wenig fundierten und wenig nachvollziehbaren diagnostischen Beurteilung gemündet sei. Namentlich habe der psychiatrische A. \_\_\_ -Gutachter die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung ohne Beurteilung des Schwere- und Chronifizierungsgrades des Krankheitsbildes und ohne zureichende Prüfung sämtlicher differentialdiagnostischer Möglichkeiten bei Schmerzen gestellt.

Auf der Ebene der sozialmedizinischen Beurteilung finde sich im Gutachten - abgesehen vom otorhinolaryngologischen Teilgutachten - keine nachvollziehbare Ableitung des Grades der Arbeitsfähigkeit, aber eine versicherungsmedizinisch sowie nach den Leitlinien unzulässige Kategoriebildung von Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Die Arbeitsfähigkeit sei indes unmöglich aus der Diagnose ableitbar.

Mit unzulässiger sozialmedizinischer Wertung habe der psychiatrische A. \_\_\_ -Gutachter zudem mittels Auschlussverfahren nach den Kriterien gemäss BGE 130 V 352 bestimmt, dass es dem Beschwerdeführer zuzumuten sei, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können. Die vom psychiatrischen A. \_\_\_ -Gutachter unzulässigerweise beurteilte Zumutbarkeit sei indes eine Rechtsfrage. In orthopädischer Hinsicht sei die Abgrenzung der attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit als Maler von der 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelgradigen Tätigkeit nicht recht auszumachen.

Es fehle insgesamt auch an einem klaren Leistungsprofil sowie bei der polydisziplinären Beurteilung an einer Synthese der einzelnen Standpunkte der Teilgutachter, welche nur aneinandergereiht worden seien.

Im Hinblick auf die realitätsnahe Beurteilung der arbeitsbezogenen, ergonomisch sicheren Belastbarkeit stelle sich so dann die Frage, weshalb keine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) beim Rheumatologen des A. \_\_\_

in Auftrag gegeben worden sei. Schliesslich

hätten die Beschwerdegegnerin und der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) die ihnen obliegende Qualitätskontrolle nicht wahrge nommen . Das A.\_\_\_\_ -Gutachten hätte zurückgewiesen werden müssen (Urk. 6/248/27-6

#### **E. 1.4.1**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuankündigung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades erfolgt ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

#### **E. 1.4.2**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

Während des laufenden Gerichtsverfahrens hatte sich der Versicherte mit verschiedenen Arztberichten mit am 26. Juli 2012 eingegangener Eingabe vom 22. Juni 2012 (Urk. 6/151), ergänzt mit Schreiben vom 24. August 2012 (Urk. 6/155) und vom 22. November 2012 (Urk. 6/165),

ein weiteres Mal zum Leistungsbezug angemeldet, nach dem bei ihm ein Cholesteatom rechts festgestellt worden war (Urk. 6/151/2), das am 29. August 2012 operiert wurde (Urk. 6/196/1). Die IV-Stelle kündigte mit Vorbescheid vom 22. Juli 2013 die Abweisung des Leistungsbegehrens an (Urk. 6/184). Hiergegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 17. September 2013 Einwände (Urk. 6/197). Die IV-Stelle holte hierauf das interdisziplinäre Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 28. April 2014 ein (Urk. 6/214). Dazu nahm der Versicherte mit Schreiben vom 12. Juni 2014 unter Beilage des Berichts von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, spez. Nephrologie, vom 10. Juni 2014 (Urk. 6/213) Stellung (Urk. 6/220). Die IV-Stelle holte daraufhin die ergänzende Stellungnahme des

psychiatrischen A.\_\_\_\_ -Gutach ters Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Juli 2014 ein ( Urk. 6/222). Mit neuem Vorbescheid vom 25. Juli 2014 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 38 % an (Urk. 6/226). Der Versicherte erhob hiergegen mit Schreiben vom 10. September 2014 (Urk. 6/230 ), ergänzt mit Schreiben vom 24. und 25. September 2014 (Urk. 6/233-234 ) ,

vom 27. Oktober 2014 (Urk. 6/251 ) , 25. März ( Urk. 6/261 ) , 16. Juni ( Urk. 6/266) und 8. Juli 2015 (Urk. 6/269 ) , sowie unter Beilage der Stellungnahme zum A.\_\_\_\_ -Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. Oktober 2014 ( Urk. 6/248)

und des Berichts der E.\_\_\_\_ vom 6. März 2015 zur Auswertung des Praxis-Checks vom 9. Februar bis 6. März 2015 (Urk. 6/260) Einwände.

Mit Verfügung vom 13. November 2015 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren wie angekündigt bei einem Invaliditätsgrad von 38 % ab (Urk. 2) 2.

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 14. Dezember 2015 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte, es sei die Verfügung vom 13. November 2015 aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % zuzusprechen; eventualiter sei die Verfügung vom 13. November 2015 aufzuheben und die Sache sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie weitere Abklärungen beruflicher und medizinischer Art erhebe und hernach nochmals über den Rentenanspruch entscheide; subeventualiter sei die Verfügung vom 13. November 2015 aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 50 % zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). In prozessualer Hinsicht beantragte der Beschwerdeführer die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung (Urk. 1 S. 13 f.), worauf er schliesslich jedoch verzichtete (Urk.

## **E. 6**

/130). Nachdem kein Einwand dagegen erhoben worden war, trat die IV-Stelle auf das neue Leistungsgesuch wie angekündigt mit Verfügung vom 19. März 2012 nicht ein (Urk. 6/134 ). Die dagegen mit Schreiben vom 10. April 2012, ergänzt mit Schreiben vom 25. April 2012 , erhobene Beschwerde (Urk. 6/104/3, Urk. 6/140/6) wurde vom hiesigen Gericht im Verfahren Nr. 2012.00397 mit Urteil vom 25. März 2013 abgewiesen, soweit darauf eingetreten wurde (Urk. 6/181/12).

### **E. 6.1**

Der Invaliditätsgrad ist mittels eines Einkommensvergleichs von Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (vgl. BGE 129 V 223 f. E. 4.2 in fine, 128 V 174). Massgeblich ist aufgrund des frühestens möglichen Rentenbeginns das Jahr 2013 (vgl. E. 3.3.1). 6.2

#### **6.2.1**

Das hiesige Gericht setzte das Valideneinkommen im Urteil IV.2009.00553 vom 22. November 2010 bezogen auf das Jahr 2008 auf Fr. 76'294. -- fest (Urk. 6/118/8). Davon ging auch die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid aus (Urk. 2 S. 3 ), was der Beschwerdeführer nicht anzweifelte (Urk. 1 S. 11 ff.) . Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2008 bis 2013 (Bundesamt für Statistik [BFS] ,

Schweizerischer Lohnindex nach Wirtschaftszweigen, Nominallohnindex Männer [2005 = 100, Tabelle T1.1.05], Bau gewerbe, 2008: 104.8; 2010: 107.7 und Nominallohnindex Männer [2010 = 100, Tabelle T1.1.10], Bau gewerbe, 2010: 100, 2013: 102.3) resultiert ein Valideneinkommen im Jahr 2013 von Fr. 80'208.50 (Fr. 76'294.-- : 104.8 x 107.7 = Fr. 78'405.20 (2010); Fr. 78'405.20 : 100 x 102.3). 6.2.2

Das Invalideneinkommen wurde im Urteil IV.2009.00553 vom 22. November 2010 aufgrund der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2008 des Bundesamtes für Statistik (BFS), und zwar anhand der Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten), Total Männer,

festgelegt (Urk. 6/118/8). Die Beschwerdegegnerin stellte im angefochtenen Entscheid auf die LSE 2010, ebenfalls Anforderungsniveau 4, Total Männer, ab (Urk. 2 S. 3). Dies ist entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers, der vorbringt, die Mehrheit der in TA1 Ziffer 02 bis 96 aufgeführten Tätigkeiten seien mit dem Anforderungsprofil nicht vereinbar (Urk. 1 S. 11 f.), nicht zu beanstanden. Denn es sind, wie hiervor aufgezeigt, in unterschiedlichen Wirtschaftszweigen Tätigkeiten denkbar. Auch wenn für den Beschwerdeführer eine Tätigkeit in der Gastronomie eher nicht in Frage kommt, ist diese Wirtschaftsbranche dennoch im Gesamtdurchschnitt einzubeziehen, zumal das geringe Einkommen in der Gastronomie den Durchschnittswert senkt.

Für das hier massgebliche Jahr ist zudem von der (seit 2012 in revidierter Form durchgeführten) LSE 2012, TA1, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Total Männer, mit einem Lohn von Fr. 5'210.-- auszugehen (vgl. zur Revision und Anwendbarkeit der LSE ab 2012: IV-Rundschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen Nr. 328 vom 22. Oktober 2014 und Nr. 349 vom 20. Juni 2016; BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1). Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen (vom BFS erhobenen) wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2012 (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Tabelle T03.02.03.01.04.01, Abschnitt A-S, Total) und der allgemeinen Nominallohnentwicklung von 2012 bis 2013 (BFS, Schweizerischer Lohnindex nach Wirtschaftszweigen, Nominallohnindex Männer [2010 = 100, Tabelle T1.1.10], Total, 2012: 101.7, 2013: 102.5) betrug das massgebliche Durchschnittseinkommen im Jahr 2013 Fr. 65'689.80 (Fr. 5'210.-- x 12; : 40, x 41,7; : 101.7 x 102.5), was bei einem Pensum von 80 % den Betrag von Fr. 52'551.85 ergibt. 6.2.3

Dieser Betrag ist recht sprechungsgemäss zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 134 V 322 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_361/2011 vom 20. Juli 2011 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, es sei kein solcher Abzug vorzunehmen, da die gesundheitlichen Einschränkungen bereits mit

### **E. 6.3**

Die Differenz des Invalideneinkommens zum Valideneinkommen beträgt Fr. 32'911.85, was einen Invaliditätsgrad von 41 % ergibt. Der Beschwerdeführer hat im Ergebnis folglich Anspruch auf eine Viertelsrente ( Art. 28 Abs. 2 IVG) ab dem 1. Januar 2013.

Die angefochtene Verfügung vom 13. November 2015 ist somit in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und es ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Viertelsrente ab Januar 2013 hat. 7.

Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensweg und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise

auf Fr. 900.-- anzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Dem Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu, welche nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen auf Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 13. November 2015 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Viertelsrente ab Januar 2013 hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - pensionskasse pro - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zu zustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin SpitzHartmann

### **E. 7**

). Mit Eingabe vom 26. Januar 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). In der Replik vom 4. Juli 2016 hielt der Beschwerdeführer an seinen materiellen Anträgen fest (Urk. 12 S. 2). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 15. August 2016 auf eine Duplik (Urk. 14). Mit Verfügung vom 23. August 2016 wurde die Pensionskasse pro zum Verfahren beigelegt (Urk. 15 S. 2), die mit Eingabe vom 22. September 2016 auf eine Stellungnahme verzichtete (Urk. 17).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

## **E. 9**

). 3.3 3.3.1

Bei der vorliegenden, insofern einheitlichen medizinischen Aktenlage kann unstrittig festgehalten werden, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Maler weiterhin nicht mehr zumutbar ist und daher die Voraussetzung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt ist. Da die in diesem Verfahren massgebliche Neuanmeldung im Juli 2012 erfolgt ist (Eingang vom 26. Juli 2012; Urk.

6/151 i.V.m. Urk. 6/155), ist aufgrund von Art. 29 Abs. 1 IVG eine allfällige Rente frühestens ab dem 1. Januar 2013

möglich. Für einen allfälligen Rentenanspruch ist somit massgeblich, ob und in welchem Ausmass ab Januar 2013 eine Arbeits( un )fähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit gegeben war.

3.3.2

Die

Einschätzungen der behandelnden Ärzte und der

A.\_\_\_\_-Gutachter stimmen diesbezüglich insofern überein, dass die Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund des im August 2012 operierten Cholesteatom s rechts mit anschliessender andauernder Schwerhörigkeit und mit dekompensiertem Tininitus rechts (Urk. 6/214/31) anhaltend spätestens ab August 2012, sich

auch auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hat, und zwar sind davon nicht nur das Belastungsprofil, sondern auch der Umfang der Arbeitsunfähigkeit betroffen.

Im Vergleich zum Gesundheitszustand bei Erlass der Verfügung vom 18. Mai 2009 (Urk. 6/111), als eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, körperlich leichten Tätigkeit ohne Heben von schweren Gewichten und ohne Arbeiten in Zwangshaltungen massgeblich war, ist damit eine möglicherweise anspruchserhebliche Verschlechterung eingetreten.

Eine Neubeurteilung des bisher geltenden Invaliditätsgrades von 28 % (Urk. 6/111/2) im Sinne einer materiellen Revision

ist damit gerechtfertigt, wes halb das neue Leistungsbegehren in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig, das heisst nicht nur mit Bezug auf jenes Sachverhaltssegment, in welchem eine Änderung glaubhaft gemacht worden ist, zu prüfen

ist (Urteile des Bundesgerichts 9C\_813/2008 vom 8. April 2009 E. 4.1 und 9C\_206/2010 vom 8. Oktober 2010 E. 3.1 je mit Hinweisen). 4. 4.1

#### 4.1.1

Mit dem A.\_\_\_\_-Gutachten vom 28. April 2014 erfolgte eine umfassende polydisziplinäre Begutachtung, mit welcher die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden allseitig fachärztlich beurteilt wurden.

Dass anstatt eines rheumatologischen Experten ein Gutachter mit orthopädischem Facharztstitel an der polydisziplinären Begutachtung teilnahm, vermag den Beweiswert des Gutachtens nicht zu beeinträchtigen. Denn in BGE 139 V 349

(E. 3.3) hat das Bundesgericht zur Zuständigkeit der Auswahl der Fachdisziplinen ausgeführt, dass zwar grundsätzlich die von der IV-Stelle gewählten Fachdisziplinen für die Gutachterstelle bindend seien, insbesondere wenn die Auswahl spezifisch versicherungsrechtlich oder -medizinisch begründet sei. Jedoch sei die Bindung nicht absolut. Die beauftragten Sachverständigen seien

letzterverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung. Es müsse den Gutachtern freistehen, die von der IV-Stelle bzw. dem RAD (oder im Beschwerdefall durch ein Gericht) bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig seien. Unter diesem Vorbehalt stehe insbesondere auch eine vorgängige Verständigung zwischen der IV-Stelle und der versicherten Person über die Fachdisziplinen. Eine erneute Mitwirkung der versicherten Person in diesem Punkt sei alsdann ausgeschlossen (BGE 139 V 349 E. 3.3).

Hier hatte die für das zufallsgenerierte Auswahlverfahren (Art. 72 bis IVV) zuständige SuisseMED@P der Beschwerdegegnerin am 30. Januar 2014 mitgeteilt, dass die Durchführung des Auftrages an das A.\_\_\_\_ vergeben worden sei und dies mitgeteilt habe, dass eine äquivalente medizinische Indikation für Rheumatologie oder Orthopädie bestehe sowie dass die Begutachtung unter anderem durch Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, durchgeführt werde (Urk. 6/206). Mit Schreiben vom 30. Januar 2014 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer

die vorgesehenen Gutachter und ihre Fachrichtungen, mithin auch die Teilnahme von Dr. K.\_\_\_\_ mit (Urk. 6/205). Der Beschwerdeführer wendete dagegen nichts ein. Die Auswahl der Gutachter samt Fachrichtungen erfolgte somit gesetzesmässig und im Konsens der Parteien.

Ausserdem galt es in somatischer Hinsicht unter anderem Beschwerden an der HWS, LWS, an den Schultern und Kopfbeschwerden abzuklären. Gemäss dem Bericht des behandelnden Rheumatologen

Dr. H.\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2012 hatte sich die Lumbovertebral-Symptomatik neu manifestiert, welche auch abgeklärt worden sei. Als wesentlich bezeichnete Dr. H.\_\_\_\_ jedoch dennoch die Beschwerden im Zusammenhang mit der Cholesteatom-Operation mit zusätzlichen Verspannungen und verstärktem Unsicherheitsgefühl (Urk. 6/194). Er hatte somit keine spezifisch rheumatologische Diagnose gestellt. Im Bericht vom 23. April 2012 hatte

Dr. H.\_\_\_\_

sodann erklärt, dass kein Hinweis auf eine entzündliche rheumatische Erkrankung festgestellt worden sei. Das CT der LWS habe eine zirkuläre Protrusion auf Höhe L4/5 mit mässiggradigen neuroforaminalen Einengungen, Spondylose L4-S1, Osteochondrose L5/S1 mit mittelgradiger ossärer Eingengung des Neuroforamens rechts gezeigt. Damit wäre eine Affektion der Radix L5 rechts möglich. Die Arme und Beine seien frei beweglich gewesen. Zurzeit nehme der Beschwerdeführer keine Schmerzmittel, das Problem sei sicher, dass er teilweise wieder als Maler gearbeitet habe. Die klinische Untersuchung sei kaum möglich gewesen, da er bei der leichtesten Bewegung oder beim leichtesten Druck (auf-)gejuckt sei. Da er völlig verängstigt sei, zeige er ein demonstratives Verhalten bei der klinischen Untersuchung (Urk. 6/141). Konkrete rheumatologische Befunde oder aktuell von Dr. H.\_\_\_\_ gestellte Diagnosen, welche massgeblich über das bereits bekannte zerviko- und lumbo-spondylogene Syndrom ohne (den Beschwerdeangaben entsprechendes, klinisch und bildgebend objektiv nachvollziehbares) organisches Korrelat hinausgehen, sind damit weder diesem Bericht noch einem anderen Bericht von ihm zu entnehmen.

Auch im Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 24. Mai 2007 war keine allein

rheumatologisch erfassbare Erkrankung aufgeführt worden (Urk. 6/74/18). Das dort diagnostizierte chronifizierte, belastungsabhängige cervicothoracale und lumbo-sacrale Schmerzsyndrom mit Chondrosen, Osteochondrosen, Tendinoperiostosen und Spondylarthrose im unteren HWS-Bereich und unteren LWS-Bereich wurde aus orthopädischer und rheumatologischer Sicht alterskonformen degenerativen Veränderungen, welche die angegebenen Leistungseinbussen nicht ausreichend zu erklären vermöchten, zugewiesen. Ausdrücklich wurde zudem festgehalten, dass degenerative Wirbelsäulenveränderungen schicksalhaft im Zeitverlauf fortzuschreiten pflegten (Urk. 7/74/20). Mit der Behandlung und Diagnostik von chronisch degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat sind indes sowohl der Fachbereich der Orthopädie als auch jener der Rheumatologie befasst, weshalb nicht zwingend eine rheumatologische Begutachtung vorzuziehen ist, zumal die Beschwerden im A.\_\_\_\_

zusätzlich von einem neurologischen Experten abgeklärt wurden.

Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass letztlich eine orthopädische und nicht eine rheumatologische Begutachtung im A.\_\_\_\_

stattfand (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.1). Das von der Psychiaterin Dr. D.\_\_\_\_ dazu Ausgeführte (Urk. 6/248/27 - 29, Urk. 6/39, Urk. 6/45-46) vermag daran nichts zu ändern. 4.1.2

Auch die weitere Kritik von Dr.

D.\_\_\_\_ am somatischen Teil des A.\_\_\_\_ -Gutach tens vermag dessen Beweiswert im Ergebnis nicht in Zweifel zu ziehen.

Insbesondere zeugt die von Dr. K.\_\_\_\_ vorgenommene orthopädische Untersuchung von einer detaillierten und differenzierten klinischen Abklärung, bei der er zu Recht auch das Verhalten des Beschwerdeführers und nicht nur dessen Beschwerdeangaben in eine objektivierte klinische Befundaufnahme einfließen liess . Von einer Dissimulierung durch den orthopädischen Gutachter kann keine Rede sein. Denn er stellte zahlreiche Inkonsistenzen bei Bewegungen fest, welche in sich widersprüchlich und mit den Beschwerdeangaben nicht vereinbar waren (Urk. 6/214/19-21). So habe sich der Beschwerdeführer auf der Treppe trotz der anamnestisch angegebenen Schwindelepisoden nicht am Handlauf festgehalten. Beim Zehengang rechts habe er auf dadurch entstehende lumbale Rückenschmerzen hingewiesen, ohne dass diese anatomisch ganz plausibel erklärbar seien. Überraschenderweise habe er dann problemlos eine tiefe Hocke einzunehmen und anschliessend mehrere Schritte im Kauergang zu absolvieren vermocht, was bereits zu Beginn der Untersuchung für eine noch gut erhaltene Belastungsfähigkeit der unteren Körperhälfte spreche. Bei der Detailuntersuchung des Rumpfes zeige sich eine deutliche Selbstlimitation, indem beim Messen des Finger-Boden-Abstandes der Oberkörper nur leicht nach vorne geneigt worden sei, so dass ein Wert von 57 cm resultiert sei. Später im Langsitz habe sich dies auf 10 cm relativiert. Die Kopfbewegungen seien bei der fokussierten Untersuchung auf weniger als die Hälfte eingeschränkt, bei Ablenkung jedoch uneingeschränkt möglich gewesen. Die ausgiebige Palpation des Rückens habe nicht zu erkennbaren Schmerzäusserungen geführt und die Muskulatur sei an Nacken und Schultergürtel trotz anamnestisch seit Jahren bestehenden Schmerzen nach wie vor schön konfiguriert. In der Bauchlage seien beide Hände oberhalb des Kopfes platziert worden und abduziert dadurch auch die Schultern bis etwa 140

Grad . Dies sei ein klarer Hinweis darauf, dass der Beschwerdeführer dabei auch keine wesentlichen Schmerzen verspürt habe, da diese Bewegung ansonsten kaum freiwillig und ohne äusseren Anlass durchgeführt worden wäre. Auffallend sei auch die deutlich verminderte Kraftentfaltung am ganzen rechten Arm, die jedoch mit der auf dieser Seite leicht grösseren Muskelmasse kontrastiere. Bei einer seit Jahren bestehenden relativen Schwäche, wie sie von ihm anamnestisch angegeben worden sei, wäre auch eine muskuläre Atrophie zu erwarten gewesen, wie sie indes nicht bestehe (Urk. 6/214/22-23) . Folgerichtig schloss Dr. K.\_\_\_\_ aufgrund dieser Feststellungen darauf, dass das gesamte Schmerzempfinden unübersehbar von nichtorganischen Faktoren überlagert sei, was sich durch die wiederholt zu beobachtende Symptomausweitung und Selbstlimitation gezeigt habe (Urk. 6/214/23) . Dazu im Einklang steht auch, dass der neurologische A.\_\_\_\_ -Gutachter aufgrund

seiner davon unabhängigen Untersuchung bei einem blanden neurologischen Befund ähnliche Beobachtungen gemacht hat (Urk. 6/214/26-27), welche er - vorbehaltlich einer differentialdiagnostischen psychiatrischen Beurteilung - als eindeutige Hinweise auf eine bewusstsinnnahe Ausgestaltung interpretierte. Hierzu seien die unauffälligen normalen Kopfbewegungen im Vergleich zur expliziten Prüfung, das diskrete Verhalten beim Prüfen des Lasègues und die Minderinnervation an der rechten Hand und des rechten Fusses zu nennen. Letztere sei als funktionelle Halbseitenstörung einzuordnen. Auch für den Schwindel finde sich bei der Untersuchung unter der Frenzelbrille kein objektives Korrelat. Betreffend das HWS- und LWS-Syndrom hätten sich keine Hinweise für eine

radikuläre oder medulläre Beteiligung ergeben ( Urk. 6/214/28-29). 4.1.3 Die von den Gutachtern sachlich differenziert aufgeführten und in der Beurteilung nachvollziehbar berücksichtigten Inkonsistenzen wurden somit vor allem aufgrund der Beobachtungen während der klinischen Untersuchung selbst festgestellt. Die bildgebenden Befunde waren hierbei nicht massgeblich. Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung von allenfalls objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden relativiert und der von Dr. D.\_\_\_\_ aus geführten Notwendigkeit einer aktuellen Bildgebung kann nicht gefolgt werden. Zusätzliche bildgebende Abklärungen liegen

denn auch

im Ermessen der Gutachter und stellen jedenfalls keine allgemeine Voraussetzung für den Beweiswert eines Gutachtens dar. Die den A.\_\_\_\_ - Gutachtern vorliegende Bildgebung der LWS und HWS datierte zudem vom 19. Dezember 2011 und 10. April 2012

( Urk. 6/214/ 21 ) und war damit nicht derart alt, dass sie - zusammen mit den klinisch erhobenen Befunden - nicht auch für die rund zwei Jahre später durchgeführte Begutachtung aussagekräftig gewesen wäre, zumal letztlich ohnehin die - wie von den Gutachtern klinisch beobachtet - tatsächlichen funktionellen Einschränkungen massgeblich sind. Nach dem Gesagten ist sodann nicht entscheidend, ob die vom Beschwerdeführer behauptete Schmerzmittel einnahme (eine Tablette Mefenacid am Morgen des Untersuchungstages, Urk. 6/214/19) trotz der Laborergebnisse mit einem zu geringen Medikamentenspiegel bezüglich Mefenaminsäure im Blutserum (Urk. 6/214/12) erfolgt ist. Denn dies wurde im A.\_\_\_\_ -Gutachten

lediglich als ein Hinweis unter vielen zur Begründung der

auffallenden Inkonsistenzen aufgeführt, der für die Einschätzung der Arbeits(un)fähigkeit nicht besonders ins Gewicht fiel ( Urk. 6/214/22, Urk. 6/214/25, Urk. 6/214/36 ).

Angesichts der Inkonsistenzen und Selbstlimitationen wäre ferner von einer Abklärung mittels EFL kein verwertbares Ergebnis zu erwarten, weshalb schon deshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Gutachter kein solches durchführten. 4.1.4

Entgegen der Ansicht von Dr. D.\_\_\_\_ ist es sodann durchaus nachvollziehbar, dass aus orthopädischer Sicht trotz der weitgehend mit objektiven Befunden nicht plausiblen Beschwerdeangaben in der angestammten Tätigkeit als Maler eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen wurde (Urk. 6/214/23), zumal dies bereits in früheren ärztlichen Einschätzungen aufgrund der degenerativen Veränderungen in der Wirbelsäule attestiert worden war. Dr.

K.\_\_\_\_ führte dazu überzeugend aus, dass sich bei der Untersuchung Hinweise auf eine etwas verminderte Belastbarkeit von Hals- und Lendenwirbelsäule sowie objektivierbare pathologische Befunde an der rechten Schulter mit Hinweisen auf ein subakromiales Impingement ergeben hätten. Da es sich bei der Tätigkeit als Maler üblicherweise um eine körperlich zumindest intermitierend belastende Arbeit handle, bei der zudem repetitive Bewegungen der Arme oberhalb der Horizontalen gefordert würden, sei diesbezüglich keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben (Urk. 6/214/23).

Mit dem von Dr. K.\_\_\_\_ beschriebenen Belastbarkeitsprofil ( leichte bis höchstens mittelschwere Tätigkeiten mit einer Hebe- und Tragelimit von 10 Kilogramm, ausnahmsweise 15 Kilogramm, und ohne länger dauernde Zwangshaltung von Rumpf und Kopf sowie ohne repetitive Überkopfbewegungen der Arme) berücksichtigte er zudem

hinlänglich die klinisch festgestellten Einschränkungen am Bewegungsapparat. Da die A.\_\_\_\_-Gutachter die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit insbesondere aufgrund der otorhinolaryngologischen Untersuchung wegen dem erhöhten Pausenbedarf auf 80 % einschätzten, kommt

dies zusätzlich den Beschwerden am Bewegungsapparat entgegen. Auch Dr. H.\_\_\_\_ sprach sich im Übrigen für eine Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht aus (Bericht vom 15. Mai 2013; Urk. 6/195), wobei er indes auf das Gesamtleiden verwies und wie schon im Bericht vom 17. Dezember 2012 (Urk. 6/194) eine interdisziplinäre Abklärung vorschlug. Zutreffend hielt der A.\_\_\_\_-Gutachter Dr. K.\_\_\_\_ dazu fest, dass die(se) neue(n) Berichte von Dr. H.\_\_\_\_ keine Hinweise für wesentliche (objektivierbare) Veränderungen auf der Ebene des Bewegungsapparates beinhalten würden und sich daraus kein eigentlicher Widerspruch zur orthopädischen Untersuchung im A.\_\_\_\_ ergebe (Urk. 6/214/24). 4.1.5

Des Weiteren

vermag auch die vom behandelnden Oberarzt des J.\_\_\_\_,

Dr. I.\_\_\_\_, abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (Berichte vom 17. September 2013 und 22. Januar 2014, Urk. 6/196, Urk. 6/209) die Einschätzung des otorhinolaryngologischen A.\_\_\_\_-Gutachters nicht in Zweifel zu ziehen. Denn

Dr. I.\_\_\_\_ hatte die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit nicht mit objektiven, spezifisch otoneurologischen Befunden begründet, sondern im Bericht vom 22. Januar 2014 erklärt, der Schmerzproblematik würden nebst der Operation vom August 2012 noch andere Faktoren zugrunde liegen. Die Schwindelbeschwerden und Schmerzen hätten seit der Operation deutlich zugenommen, weshalb der Versicherte momentan nicht arbeitsfähig sei (Urk. 6/209).

Dagegen begründete der A.\_\_\_\_-Gutachter

die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit von 80 %

in einer leidensangepassten Tätigkeit detailliert und schlüssig zur Rechtunter Berücksichtigung sämtlicher objektiv nachvollziehbarer Einschränkungen (Urk. 6/214/32-33). Er befasste sich dabei ausführlich mit den Übereinstimmungen und Diskrepanzen zu den Feststellungen in den Vorberichten des J.\_\_\_\_.

Überzeugend erklärte er insbesondere, eine vestibuläre Migräne scheine zum jetzigen Zeitpunkt in Anbetracht der anamnestischen Angaben eher unwahrscheinlich, wohingegen eine cervikogen-propriozeptiv bedingte Ursache durchaus möglich scheine. Der aktuelle postoperative Lokalbefund bei Zustand nach offener Mastoidektomie mit Tympanoplastik rechts bei Choletestatom rechts sei reizlos. Daher und unter Berücksichtigung der aktuellen sowie vorgängigen otoneurologischen Testergebnisse vom 28. Mai 2013 könne

die von den Kollegen (insbesondere Dr. I.\_\_\_\_) des J.\_\_\_\_ in den Berichten vom 17. September 2013 und 22. Januar 2014

(Urk. 6/196, Urk. 6/209) attestierte (100%ige) Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollzogen werden. Dies insbesondere, da sich weder eine eindeutige massive Verschlechterung der bereits vorgängig bestehenden lokalen Schmerzsymptomatik, noch eine deutliche Befundverschlechterung im Rahmen der otoneurologischen Testergebnisse (vorgängig und aktuell) objektivieren liessen (Urk. 6/214/33-34).

Damit befasste sich der Gutachter schlüssig mit den Vorakten und den erhobenen Befunden, welche er zu Recht mit Bezug auf die objektivierbaren Einschränkungen beurteilte. 4.1.6

Dass die von den A.\_\_\_\_-Gutachtern gestellten Diagnosen entsprechend der Fragestellung der Beschwerdegegnerin nach solchen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeteilt wurden, bedeutet entgegen der Ansicht von Dr. D.\_\_\_\_

( Urk. 6/248/37, Urk. 6/248/55-56, Urk. 6/248/61 ) nicht, dass die Arbeitsfähigkeit aus der Diagnose abgeleitet wurde. Namentlich bezüglich der somatisch objektivierbaren Beschwerdebilder und der massgeblichen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit wurde im A.\_\_\_\_-Gutachten jeweils schlüssig begründet, weshalb und aufgrund welcher objektivierbarer

Befunde auf die attestierte Arbeits(un)fähigkeit geschlossen wurde. Die somatischen Gutachter leiteten diese somit nicht aus den Diagnosen her, sondern aus der objektiv betrachteten zumutbaren Leistungsfähigkeit. 4.1.7

In formeller Hinsicht wird der Beweiswert des A.\_\_\_\_-Gutachtens des Weiteren entgegen der Darstellung von Dr. D.\_\_\_\_ (Urk. 6/248/50-51) auch nicht dadurch gemindert, dass der Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ des J.\_\_\_\_ vom 17. September 2013 (Urk. 6/196) im Gutachten lediglich bezüglich der für dessen Fachgebiet massgeblichen Diagnose

zitiert wurde (Urk. 6/214/7). Denn der Bericht lag den Fachärzten in vollständiger Länge vor und aus dem Zitat war deutlich ersichtlich, dass im Bericht weitere Informationen zur zweiten Diagnose eines chronischen Lumbovertebralsyndroms zu finden sind. Ausser dem bezog sich

nur die vollständig zitierte Diagnose (Diagnose 1) entsprechend dem Fachgebiet von Dr. I.\_\_\_\_ auf die Ohrproblematik. Dass im Übrigen der orthopädische A.\_\_\_\_-Gutachter Dr. K.\_\_\_\_ bei der Diskussion der Vorakten nicht dazu Stellung nahm (Urk. 6/214/24), ist angesichts der unterschiedlichen Fachrichtung nicht zu beanstanden. Ausserdem hatte bereits Dr. H.\_\_\_\_ die betreffenden, mittels Computertomographie erhobenen Befunde an der LWS im Bericht vom 23. April 2012 aufgeführt (Urk. 6/141/1). Gerade jedoch aus diesem Bericht wird deutlich, dass die klinische Untersuchung in grosser Diskrepanz zum demonstrativen Verhalten des Beschwerdeführers stand. Eine Affektion der Radii L5 hielt Dr. H.\_\_\_\_ zudem lediglich für möglich und konnte vom neurologischen A.\_\_\_\_-Gutachter nicht bestätigt werden. Wie bereits hiervoor ausgeführt, sind hier

in somatischer Hinsicht letztlich nicht die bildgebenden Befunde, sondern die klinisch objektiv feststellbaren Einschränkungen in Abgrenzung zu den demonstrierten Beschwerden massgeblich.

Auch der Kritik von Dr. D.\_\_\_\_, dem A.\_\_\_\_-Gutachten mangle es an einer repräsentativen Aktenzusammenfassung, wobei insbesondere die Berichte von Dr. H.\_\_\_\_ nicht im Auszug aus den wichtigsten Vordokumenten (vgl. Urk. 6/214/7-10) vorkommen würden (Urk. 6/248/40-41, Urk. 6/248/47 a.E., Urk. 6/248/), kann nicht gefolgt werden. Denn für den Beweiswert des Gutachtens massgeblich ist, dass diese Berichte den A.\_\_\_\_-Gutachtern erkennbar vorlagen

und soweit für die Beurteilung relevant berücksichtigt wurden, was der Fall ist. Und zwar sind die Berichte in der Auflistung der Vorakten aufgeführt (Urk. 6/214/4-5) und Dr. K.\_\_\_\_ hat zu den wesentlichen Aussagen von Dr. H.\_\_\_\_ Stellung genommen (Urk. 6/214/

24 ).

Bezüglich der Abfolge der Untersuchungen am A.\_\_\_\_ ist das Vorbringen von Dr. D.\_\_\_\_ , dass im Gutachten selbst die Reihenfolge, der genaue Zeitpunkt und die Länge der einzelnen Abklärungen nicht aufgeführt worden sei (Urk. 6/248/31 -33 , Urk. 6/248/40 ) , zwar zutreffend. Jedoch ist diese Information dem Untersuchungsprogramm (Urk. 6/212/2) zu entnehmen, das dem Be schwer de führer mit Schreiben vom 4. März 2014 vor der Begutachtung zu gestellt wor den war (Urk. 6/212/1). Daraus geht auch hervor, dass - wie Dr. D.\_\_\_\_ richtig feststellte - die psychiatrische A.\_\_\_\_ - Exploration nicht erst nach sämt lichen somatischen Unter suchungen erfolgte. Entgegen der Ansicht von Dr. D.\_\_\_\_ ( Urk. 6/248/ 32 , Urk. 6/248/42 ) ist damit das psychiatrische Teil gutachten jedoch nicht bereits in Zweifel zu ziehen. Denn die psychiatrische Exploration fand gemäss Untersuchungs programm zumindest nach der ortho pädischen Untersuchung statt (Urk. 6/212/2). Ausserdem bedeutet dies nicht, dass auch die eigentliche schriftliche Begutachtung samt diagnostischer Beur teilung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ebenfalls bereits vor den Ergeb nissen der somatischen Untersuchungen erfolgt war. Ebenfalls schadet dem Beweiswert des Gutachtens nicht, dass die Erarbeitung des interdisziplinären Konsens darin lediglich mit einem Satz erwähnt wurde und nicht genauere Angaben dazu erfolgten ( Urk. 6/214/35), da damit zumindest feststeht, dass eine solche stattfand.

Schliesslich vermag auch die Rüge, die Untersuchungsdauer sei nur bei der psychi atrischen Untersuchung angegeben worden und dort mit 60 Minuten zu kurz ausgefallen (Urk. 6/248/31-33, Urk. 6/248/42, Urk. 6/248/69), nichts am Beweiswert des A.\_\_\_\_ -Gutachtens zu ändern. Dazu ist auf die Rechtsprechung zu verweisen, wonach es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_664/2009 vom 6. November 2009 E. 3 mit Hinweis). 4.1.8

Sodann ist darauf hinzuweisen, dass d ie von Dr. D.\_\_\_\_ in ihrer Evaluation hervorgehobenen "Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutach ten in der Eidge nössischen Invalidenversicherung" der Schweizerischen Gesellschaft für Psychi atrie und Psychotherapie ( F.\_\_\_\_ ) vom Februar 2012 (zu gänglich unter [www.psychiatrie.ch](http://www.psychiatrie.ch)) nicht allgemeine Quali tätsleitlinien für ( interdisziplinäre ) Gutachten aller Fachrichtungen , sondern allein für psychia trisch e Gutachten enthalten . Die Weisung zur Einhaltung dieser Leitlinien wurde vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)

dem entsprechend mit IV-Rund schreiben Nr. 313 vom 6. Juni 2012 denn auch nur bezüglich versicherun gs psychiatrischer IV-Abklärungen bei der Beurteilung des medizinischen Sach verhaltes bei Ver sicherten mit psychischen Gesund heitsstörungen erteilt, und zwar im Rahmen der Auftrags erteilung sowie als Raster unter anderem bei der Qualitätssicherung von externen psychia trischen IV-Gutachten für ver bindlich erklärt.

Verwaltungsweisungen richten sich zudem an die Durchführungsstellen und sind für das Sozialversicherungsgericht nicht verbindlich (BGE 133 V 587 E. 6.1) .

Das Bundesgericht hat insbesondere entschieden, dass sich d ie besagten Qualitäts leitlinien lediglich als Empfehlung verstehen , von welcher im begrün deten Einzelfall abgewichen werden kann ; dem Rechtsanwender sollen sie bei der Beurteilung der Gutachtensqualität nützlich sein (BGE 140 V 260 E. 3.2.2 ). W eder Gesetz noch Rechtsprechung schreibt den

Psychiatern eine Begutachtung nach den diesbezüglichen Richtlinien vor .

Ob das A.\_\_\_\_ -Gutachten den Leitlinien der F.\_\_\_\_ entspricht, bedarf daher im vorliegenden Fall keiner vertieften Prüfung; insbesondere verliert

es (auch) bei Verneinung nicht automatisch ihre Beweiskraft . (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_88/2017 vom 30. März 2017 E. 3.3.1.1) . Dies gilt

insbesondere auch bezüglich des psychiatrischen A.\_\_\_\_ - Teलगutachtens . 4.2.4.2.1

Bezüglich der psychischen Beschwerden wurde im psychiatrischen A.\_\_\_\_ - Teilgutachten (Urk. 6/214/16) und in der ergänzenden Stellungnahme vom 2. Juli 2014 (Urk. 6/222) nachvollziehbar begründet, weshalb entgegen den Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_ im Bericht vom 10. Juni 2014 (Urk. 6/213) bei fehlenden entsprechenden Befunden keine depressive Symptomatik festgestellt und keine solche Diagnose gestellt wurde. Auch der Beschwerdeführer selbst bezeichnete sich anlässlich der psychiatrischen Untersuchung als nicht depressiv (Urk. 6/214/

### **E. 13**

) und erklärte, dass er mit seinen körperlichen Beschwerden psychisch relativ gut umgehen könne (Urk. 6/214/16). Die Einschätzung des behandelnden Internisten Dr. B.\_\_\_\_, es würden Depressionen vorliegen, wurde zudem ohne die Nennung massgeblicher Befunde nach ICD-10 oder eines anderen wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystemes abgegeben. Er erklärte lediglich, es hätten sich deutliche Zeichen von Depressionen manifestiert (Urk. 6/213/2), was für einen invaliden versicherungsrechtlich relevante Gesundheitsschädigung indes nicht genügt (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 8C\_746/2015 vom 3. Februar 2016 E. 2.1 mit Hinweisen) .

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung fallen fachärztlich einwandfrei diagnostizierte, leicht bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 20

### **E. 16**

E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 140 V 193 E. 3.3). Hierzu hätte eine Therapie in dem Sinn konsequent durchgeführt werden müssen, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden wären (BGE 140 V 193 E. 3.3; 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis).

Der Beschwerdeführer hatte sich - soweit aktenkundig in den letzten Jahren bis mindestens Juni 2014 - jedoch nicht in psychiatrische Behandlung begeben und auch keine Psychopharmaka eingenommen (Urk. 6/214/13). Dr. B.\_\_\_\_ erklärte im Bericht vom 10. Juni 2014, er habe ihn beim Psychiater anmelden wollen, ein Termin sei indessen noch nicht zustande gekommen (Urk. 6/213/1). Therapieoptionen waren somit in keiner Weise genutzt worden und eine Therapieresistenz ist nicht ausgewiesen. Dies gilt umso mehr, als Dr. B.\_\_\_\_ bereits im Bericht vom 23. Januar 2009 festgehalten hatte, der Beschwerdeführer leide wegen den chronischen Schmerzen an einer Depression (Urk. 6/108/2), wobei hernach dennoch keine regelmässige psychiatrische Therapie erfolgte.

Auch die Stellungnahme der Psychiaterin Dr. D.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2014 vermag daran nichts zu ändern. Zwar geht daraus hervor, dass sich der Beschwerdeführer in ihrer

psychiatrischen Behandlung befand (Urk. 6/248/2). Weitere Angaben hierzu, insbesondere zum Beginn, zur Häufigkeit und Dauer der Behandlung, sind in ihrer Stellungnahmen nicht enthalten. Fest steht jedenfalls, dass bis zur Ankündigung der Abweisung des Rentenbegehrens mit Vorbescheid vom 25. Juli 2014 keine psychiatrische Therapie durchgeführt wurde, so dass der Beschwerdeführer selbst aus der Therapieaufnahme nichts zu seinen Gunsten ableiten könnte.

Im Übrigen führt Dr. D.\_\_\_\_ trotz ihrer Funktion als behandelnde Ärztin weder psychiatrische Befunde, eigene Diagnosen noch ein Attest der Arbeitsunfähigkeit auf, welche mit dem psychiatrischen A.\_\_\_\_ -Teilgutachten unvereinbar wären. 4.2.2

Im Kontext der gesamten Aktenlage ist sodann an der im A.\_\_\_\_ aufgeführten Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4 ; Urk. 6/214/35 ) nicht zu zweifeln , zumal bereits die Z.\_\_\_\_ -Gutachter im Jahr 2007 dieselbe Diagnose gestellt hatten ( Urk. 6/74/

## **E. 18**

) und - wie hiervor ausgeführt - weiterhin ein andauerndes selbst limitierendes Krankheitserleben mit deutlichen Inkonsistenzen ausgewiesen ist.

Ferner

begründete der psychiatrische A.\_\_\_\_ -Gutachter mit Blick auf die Diagnosekriterien nach ICD-10 die Diagnose nachvollziehbar und korrekt damit , dass das Ausmass der geklagten körperlichen Beschwerden sowie die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden könnten und dass der Beschwerdeführer mehrfach psychosozial belastet sei (Krebs erkrankung der Ehefrau, wirtschaftliche Schwierigkeiten; Urk. 6/214/16 ).

Eine wie von Dr. D.\_\_\_\_ als fehlend gerügte differentialdiagnostische Diskussion ( Urk. 6/248/53 -55 )

erfolgte indes zum einen damit, dass der psychiatrische A.\_\_\_\_ -Gutachter die von den früheren psychiatrischen Experten gestellten Diagnosen , wie die der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), Stellung nahm , eine psychische Komorbidität verneinte ( Urk. 6/214/17 ), in der ergänzenden Stellungnahme weitere Ausführungen , insbesondere zu einer fehlenden depressiven Symptomatik dazu machte (Urk. 6/222) und zum anderen aufgrund der interdisziplinären Abklärung. Da sich auch aus den übrigen Akten, namentlich aus dem Z.\_\_\_\_ -Gutachten ( Urk. 6/74/17) kein Hinweis auf eine weitere psychiatrische Erkrankung ergibt, ist nicht zu beanstanden, dass der A.\_\_\_\_ -Gutachter keine weiteren Ausführungen zu allfällig medizinisch-theoretisch in Frage kommende Differentialdiagnosen machte. Insbesondere finden sich bei ihm bis zum Unfall Mitte 2003 ( Urk. 6/13/32) unauffälligen Lebenslauf (Urk. 6/74/6-7) und nach wie vor intakten Sozialleben (Urk. 6/248/14-15) keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung oder auf akzentuierte Persönlichkeits - züge. Entgegen der Darstellung von Dr. D.\_\_\_\_

(Urk. 6/248/53) finden sich auch keine Hinweise auf eine Angststörung. Die Z.\_\_\_\_ -Gutachter hatten zwar festgehalten, der Beschwerdeführer habe über gelegentliche Ängste bezüglich der aktuellen wirtschaftlichen Situation berichtet. Hinweise auf eine Angst erkrankung würden jedoch nicht vorliegen (Urk. 6/74/17). Auch die allein von Dr. H.\_\_\_\_ im Bericht vom 23. April 2012 gemachte Aussage, da der Beschwerdeführer - nach der Wiederaufnahme der Arbeit als Maler und hernach eingetretener Beschwerde zunahme -

völlig verängstigt sei, zeige er ein demonstratives Verhalten bei der klinischen Untersuchung (Urk. 6/141), ist nicht dazu geeignet, eine Angststörung zu begründen. Der A.\_\_\_\_-Gutachter hielt im psychiatrischen Befund zudem fest, der Beschwerdeführer habe über keine Ängste und keine Phobien berichtet (Urk. 6/214/15). Schliesslich vermögen auch die von Dr. D.\_\_\_\_ behaupteten Hinweise auf eine organische Neurosthenie aufgrund einer Zytokinwirkung am zentralen Nervensystem (ZNS) bei chronischem Entzündungsgeschehen am Bewegungsapparat und an der Leber die Einschätzung des psychiatrischen Teils nicht in Frage zu stellen. Denn zum einen schloss Dr. H.\_\_\_\_ eine entzündliche rheumatische Erkrankung aus (Urk. 6/141/1) und die chronische Hepatitis B zeigte gemäss der allgemein-internistischen Untersuchung eine minimale Aktivität (Urk. 6/214/12). Zum anderen ist eine organische Neurasthenie keine Diagnose nach ICD-10. Namentlich dafür, dass beim Beschwerdeführer eine organisch bedingte Erschöpfung vorliegen würde, finden sich in den Akten keine Anhaltspunkte. 4.3

#### 4.3.1

Bei der vom A.\_\_\_\_-Gutachter diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 F45.4 handelt es sich um ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild (vgl. Aufzählung in: BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3), das unter Berücksichtigung des mit dem Leitentscheid BGE 141 V 281 (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015) präzisierten strukturierten, normativen Prüfungsrasters zu beurteilen ist. Hierbei sind die funktionellen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens mit einem Katalog von sogenannten Standardindikatoren vermehrt zu gewichten, wobei den Umständen des Einzelfalls Rechnung zu tragen ist (BGE 141 V 281 E. 4).

Der psychiatrische A.\_\_\_\_-Gutachter hat die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit jedoch noch nach den Kriterien der bisherigen Rechtsprechung (BGE 130 V 352, vgl. auch BGE 136 V 279 E. 3.2) geprüft und dabei eine psychische Komorbidität (von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer), eine chronische körperliche Begleiterkrankung, einen sozialen Rückzug und einen primären Krankheitsgewinn verneint (Urk. 6/214/16-17). Insofern ist die Kritik von Dr. D.\_\_\_\_ und des Beschwerdeführers im Schreiben vom 8. Juli 2015 (Urk. 6/269) zutreffend.

Dennoch ist von einer neuen Begutachtung abzusehen. Denn im Hinblick auf die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden nach BGE 141 V 281 ist nicht in jedem Fall eine weitere Begutachtung angezeigt. Danach verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert, sofern - wie hier - eine schlüssige Beurteilung der massgeblichen Indikatoren möglich ist (BGE 141 V 281 E. 8). Zudem gilt auch nach neuer Rechtsprechung weiterhin, dass insbesondere bei Vorliegen eines solchen unklaren Beschwerdebildes eine objektivierte Betrachtungsweise massgeblich ist und medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen sind (BGE 141 V 281 E. 3.7.1). 4.3.2

Der Prüfungsraster gemäss der präzisierten Rechtsprechung des Bundesgerichts beinhaltet die folgenden zu prüfenden Standardindikatoren: Unter die Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) fällt der Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) mit der Frage nach der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1), dem Behandlungs- und

Eingliederungserfolg oder der Behandlungszustand (E. 4.3.1.2) und den Komorbiditäten (E. 4.3.1.3), ausser dem Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) und der Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3). Unter der Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) ist die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und der behandlungs- und eingliederungsanagnostisch ausgewiesene Leidensdruck (E. 4.4.2) relevant. 4.3.3

Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome

(der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung) im Sinne der Schwere des Krankheitsgeschehens (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1) ist festzuhalten, dass die Diagnose einer somatoformen Störung (ICD-10 F45.4) gemäss dem psychiatrischen A.\_\_\_\_-Teilgutachten aufgrund des nicht objektivierbaren Ausmasses der geklagten Beschwerden vor dem Hintergrund psychosozialer Belastungsfaktoren und der subjektiven Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, gestellt wurde (Urk. 6/214/16-17). Eine erhebliche Zunahme emotionaler Konflikte oder psychosozialer Belastungen als Grundlage für die ab 2012 andauernde Beschwerdezunahme ist indes nicht auszumachen. Vielmehr erfolgte zum einen eine Zunahme der Nacken- und Kopfschmerzen mit Atemproblemen sowie LWS-Beschwerden im Frühjahr 2012 nach Aufnahme der teilzeitlichen Tätigkeit als Maler (Urk. 6/141/2). Zum anderen war eine -somatisch nicht kongruente - Beschwerdezunahme bezüglich der

(teilweise diffus dargestellte)

rechtseitigen Kopfschmerzen mit vorbestehendem Schwindel unklarer Genese und der schmerzbedingten Schlafstörung nach der Operation am rechten Ohr Ende August 2012 eingetreten (Urk. 6/214/14-15, Urk. 6/214/25-26).

Des Weiteren fällt aufgrund der Lebensführung eine schwere Ausprägung der Schmerzstörung ausser Betracht. Die Gutachter schildern zahlreiche Aktivitäten im Rahmen eines relativ strukturierten Tagesablaufs (je regelmässige Spaziergänge mit der Ehefrau und mit dem Hund, Erledigung der Einkäufe, teils mit dem Auto, Cafébesuche, Besuche des Schrebergartens mit wenigen Gärtnerarbeiten und Treffen von Kollegen, Kontakt mit Bekannten und Freunden sowie mit den Geschwistern, Ferien in L.\_\_\_\_; Urk. 6/214/11, Urk. 6/214/14, Urk. 6/214/16). Diese sind nicht mit einem Schmerzniveau in sehr grosser oder gar in grösster vorstellbarer Intensität (entsprechend Schmerzen mit einem Wert von 8 bis 10 auf einer Skala von 1 bis 10)

vereinbar.

Die gemäss der klinischen Untersuchung des orthopädischen und neurologischen A.\_\_\_\_-Gutachters festgestellten deutlichen Diskrepanzen mit diffusen und/oder widersprüchlichen Beschwerdeschilderungen und -verhalten grenzen zudem an Aggravation, wie insbesondere dem neurologischen Teilgutachten zu entnehmen ist, wo von bewusstseinsnaher Ausgestaltung der Beschwerdeschilderung betreffend Nacken- und Armschmerzen, Halbseitenstörung und Schwindel

gesprochen wurde (Urk. 6/214/28). Auch eine besondere, insbesondere seit 2012 erhöhte Beeinträchtigung der Merkfähigkeit und Gedächtnisleistung konnte nicht objektiviert werden (Urk. 6/415/15). Der Beschwerdeführer kann denn auch noch Auto

fahren ( Urk. 6/415/14). Auch weitere Symptome, namentlich eine depressive Begleiterscheinung etwa mit einer Antriebschwäche, liegen nicht vor .

Diese Feststellungen sprechen insgesamt für das Vorliegen eines Krankheitsgeschehens bezüglich der Diagnose von ICD-10 F45.4 , das im invaliden versicherungsrechtlichen Sinne zwar nicht als besonders leicht, aber auch nicht als schwer zu bezeichnen ist. 4.3.4

Bezüglich des Indikators des Behandlungserfolges oder der Behandlungsresistenz (Verlauf und Ausgang von Therapien ; BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 ) geht aus den Akten hervor , dass der Beschwerdeführer (gemäss seinen Angaben gegen über den A.\_\_\_\_ -Gutachtern) bezüglich der seit 1992 bestehenden Rückenbeschwerden alles versucht und Behandlungen wie Kraniosakraltherapie, Physiotherapie, Musiktherapie, Aromatherapie sowie Thermalbäder durchgeführt

hat. Dies alles hat er nicht geholt ( Urk. 6/214/26). Nunmehr würden schon seit längerem keine speziellen Behandlungsmassnahmen mehr durchgeführt, da fast sämtliche bisher applizierten Therapien die Situation nicht verbessert sondern verschlimmert hätten ( Urk. 6/214/19).

Der psychiatrische A.\_\_\_\_ -Gutachter erklärte in seiner Beurteilung dazu, dass alle therapeutischen Bemühungen gescheitert seien, hänge wesentlich damit zusammen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation zeige, trotz allfälliger Restbeschwerden sich aktiv um seine Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen (Urk. 6/214/17). Diese Aussage ist insoweit zu relativieren, als der Beschwerdeführer von April 2011 bis kurz vor der Operation von Ende August 2012 ( Urk. 6/156) eine Tätigkeit als Maler in einem 50%igen Pensum bei seinem Bruder aufgenommen hatte ( Urk. 6 /165/5, Urk. 6/260/2 ) und zumindest nach Bekanntgabe des Ergebnisses der A.\_\_\_\_ -Begutachtung vom 9. Februar bis 6. März 2015 am Eingliederungsprogramm des E.\_\_\_\_ teilgenommen hat (Urk. 6/260/1) . Danach hat er sich primär in der Umgebung seines Wohnortes um eine Anstellung für leichtere Hilfstätigkeiten als Maler, Hauswart und im Lager bemüht (Urk. 6/260/3).

Dies ändert indes nichts daran, dass sich der Beschwerdeführer trotz der seit Jahren bekannten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit selbstlimitierendem Krankheitserleben , welche auch im Urteil vom 22. November 2010 gemäss dem Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 24. Mai 2007 ( Urk. 6/74/20) zitiert worden war ( Urk. 6/118/6 ) , keine darauf ausgerichtete psychiatrisch-psychologisch und psychosomatisch orientierte medizinische Behandlung unterzogen und daher nicht konsequent alle ambulanten sowie stationären Optionen etwa mittels regelmässiger psychiatrisch-psychologischer Gesprächs- und Verhaltenstherapie sowie durch stationäre Behandlung in einer Schmerzklinik mit psychiatrischer Begleitung durchgeführt hat. Die vom Beschwerdeführer genannten Therapien (Kraniosakraltherapie, Physiotherapie, Musiktherapie, Aromatherapie, Thermalbäder) sind nicht ausreichend, zumal es sich dabei hauptsächlich um nicht wissenschaftlich orientierte Methoden der Komplementärmedizin handelt und in den letzten Jahren gar keine Therapien mehr durchgeführt wurden.

Vor diesem Hintergrund kann trotz des chronifizierten, andauernden Krankheitsgeschehens nicht auf ein definitives Scheitern der Behandlung und einer Behandlungsresistenz geschlossen werden. Aus der erfolglos gebliebenen Behandlung kann für den Schweregrad der Störung somit nichts zugunsten des Beschwerdeführers

abgeleitet werden. 4.3.5

Eine psychiatrische Komorbidität, die als ressourcenhemmender Faktor wirken könnte (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3), liegt nicht vor. Aufgrund der von den somatischen A.\_\_\_\_-Gutachtern festgestellten objektivierbaren organisch bedingten Einschränkungen fällt jedoch eine organische Komorbidität als ressourcenhemmender Faktor in Betracht.

Wegen der Rücken- und Schulterbeschwerden ist indes lediglich eine verminderte Belastbarkeit des Rumpfes ohne längerdauernde Zwangshaltungen von Rumpf und Kopf sowie ohne repetitive Überkopfbewegungen der Arme zu berücksichtigen. Dies erlaubt nach Auffassung der Experten die Ausübung einer leichten bis maximal mittelschweren Tätigkeit ohne zeitliche Einschränkung (Urk. 6/214/35), was im Gesamtbild nicht als ressourcenhemmender Faktor zu qualifizieren ist.

Aufgrund der (somatisch objektivierbaren) Beschwerden am rechten Ohr mit rechtsseitigem Hörverlust und dekompenziertem Tinnitus wurden zwar qualitative, die Tätigkeitsmöglichkeiten dementsprechend reduzierende Einschränkungen genannt (keine Tätigkeiten mit erhöhtem Störlärm, sturzgefährdenden Arbeiten, mit Eigen- oder Fremdgefährdung oder mit häufigen Rotationenbewegungen, Urk. 6/214/32-33). Jedoch erlaubt auch dies eine grundsätzlich ganztägige Tätigkeit.

Ins Gewicht fällt daher nur der in quantitativer Hinsicht attestierte erhöhte Pausenbedarf entsprechend einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20%. Ein ressourcenhemmender Faktor ist in diesem Umfang gegeben. 4.3.6

Bezüglich der im Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281

E. 4.3.2) zu prüfen den Merkmale

finden sich - bei bis zum Unfall Mitte 2003 (Urk. 6/13/32) unauffälligem Lebenslauf (Urk. 6/74/6-7) und nach wie vor intaktem Sozialleben (Urk. 6/248/14-15) - keine Hinweise, welche im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung ins Gewicht fallen könnten. Insbesondere bestehen keine in der Persönlichkeit angelegten Belastungen, welche das Leistungsvermögen und die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung negativ zu beeinflussen vermöchten.

Der soziale Lebenskontext (BGE 141 V 281

E. 4.3.3)

mit Einbettung in die Familie und dem Bekanntenkreis enthält sodann

bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. Allfällige direkt negative funktionelle Folgen durch soziale Belastungen, wie etwa aufgrund der Krebserkrankung der Ehefrau, sind dabei rechtsprechungsgemäss auszuklammern. 4.3.7

Beweisrechtlich entscheidend ist hier schliesslich auch der Aspekt der Konsistenz

mit den verhaltensbezogenen Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4) im Sinne einer Konsistenzprüfung der Folgenabschätzung aus dem wie hiervor festgestellten funktionellen Schweregrad (BGE 141 281 E. 4.3).

In Bezug auf den Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) ist festzuhalten, dass das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers in der Freizeit mit der von den Experten

attestierten 80%igen Arbeitsfähigkeit bei erhöhter Pausenbedürftigkeit in einer leidensangepassten, leichten bis maximal mittel schweren Tätigkeit vereinbar ist. So hat er das Bedürfnis , sich zwischendurch am Tag hinzulegen, jedoch besteht kein sozialer Rückzug ,

der Beschwerdeführer unternimmt regelmässige Spaziergänge mit der erkrankten Ehefrau und dem Hund , er trifft sich mit Freunden und Bekannten, besucht den Schrebergarten und unternimmt dort (im Vergleich zu früher weniger) Gärtnereien , er fährt Auto , insbesondere kürzere Strecken zum Einkaufen und zu Arztterminen , und

er reiste nach L.\_\_\_\_ in die Ferien ( Urk. 6/214/11, Urk. 6/214/14). Eine über die in somatischer Hinsicht attestierte Arbeitsunfähigkeit hinaus bestehende massgebliche funktionelle Einschränkung lässt sich somit nicht begründen.

Schliesslich lässt sich aus der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2) beim Beschwerdeführer

angesichts der - wie hiervor ausgeführt (E. 4.3.4) - nicht ausgeschöpften Behandlungsoptionen nicht auf einen besonderen Leidensdruck schliessen .

Die Aufnahme der Behandlung bei Dr. D.\_\_\_\_ (vgl . E . 4.2.1 ) und die Teilnahme am Praxis Check des E.\_\_\_\_ (Urk. 6/260) erfolgten während des laufenden Versicherungsverfahrens und sind daher rechtsprechungsgemäss nicht massgeblich.

Die Prüfung der Konsistenz bestätigt somit die festgestellten Folgen des funktionellen Schweregrads in dem Sinne, dass aufgrund der Schmerzstörung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit über die objektivierbaren , somatisch bedingten Einschränkungen anzunehmen ist. 5. 5.1

#### 5.1.1

Nach dem Gesagten bleibt es bei den durch die somatischen A.\_\_\_\_ -Gutachter festgestellten Einschränkungen und es ist für die hier massgebliche Zeit ab Januar 2013 von

einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bei ganztägiger Präsenz

mit dem folgenden Anforderungsprofil auszugehen:

körperlich leichte bis maximal (ausnahmsweise) mittelschwere Tätigkeit mit einer Hebe- und Tragelimiten von 10 Kilogramm, ausnahmsweise 15 Kilogramm, ohne länger dauernde Zwangshaltung von Rumpf und Kopf, ohne repetitive Überkopfbewegungen der Arme, ohne Notwendigkeit einer normalen auditiven Kapazität oder eines intakten Richtungshörens und

ohne Arbeiten unter erhöhtem Störgeräusch, mit Sturz-, Eigen- oder Fremdgefährdung und mit häufigen Rotationsbewegungen (Urk.

6/214/35-37 ; zur unstrittigen 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maler , vgl. E. 3.3.1 hiervor). 5.1.2

An diesem Ergebnis vermögen sämtliche weiteren Vorbringen von Dr. D.\_\_\_\_

gemäss ihrer Evaluation vom 25. Oktober 2014 ( Urk. 6/248) und des Beschwerdeführers

( Urk. 1, Urk. 12) nichts zu ändern.

Namentlich kann der Beschwerdeführer

(Urk. 12 S. 4 ff. ) weder aus dem Verzicht der Beschwerdegegnerin auf eine Beschwerdeantwort ( Urk. 5) noch aus dem Bericht vom 6. März 2015 des E. \_\_\_ über den arbeitsmarktrechtlichen Praxis Check, der nicht unter ärztlicher Leitung erfolgte ( Urk. 6/260), etwas zu seinen Gunsten ableiten. Eine Verletzung der Abklärungspflicht der Beschwerdegegnerin liegt nicht vor. Die vom Beschwerdeführer ( Urk. 1 S. 6 ff., Urk. 12 S. 9 ff. ) verneinte Frage nach der Verwertbarkeit der medizinisch attestierten Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ist ferner nicht unter dem Titel der „Schlüssigkeit des A. \_\_\_ -Gutachtens“ ( Urk. 12 S. 8) zu diskutieren . Sie ist nicht von den Ärzten zu beantworten, sondern ist eine Rechtsfrage ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_575/2013 vom 18. November 2013 E. 5.2 mit Hinweis ) . 5.2 5.2.1

Bezüglich der

Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist zu prüfen, ob der in Betracht zu ziehende ausgeglichene Arbeitsmarkt (BGE 110 V 273 E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.2) der versicherten Person trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen noch zumutbare Einsatzmöglichkeiten bietet (Urteil des Bundesgerichts 8C\_728/2012 vom 8. Mai 2013 E. 4.3.2).

Von einer versicherten Person können rechtsprechungsgemäss nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C\_830/2007 E. 5.1 mit Hinweis). Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 287 E. 3b S. 290 f., I 198/97). Zu berücksichtigen ist zudem, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt ( Art. 16 ATSG) auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des Bundesgerichts 9C\_95/2007 vom 29. August 2007 E. 4.3 mit Hinweisen). Von einer Arbeitsgelegenheit kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realisiertem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint ( zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C\_575/2013 vom 18. November 2013 E. 5.2.1 mit Hinweis).

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischere nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Restarbeitsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die

einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (Urteil des Bundesgerichts I 831/05 vom 21. August 2006 E. 4.1.1 mit Hinweisen). Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (Urteile des Bundesgericht 9C\_153/2011 vom 22. März 2012 E. 3.1 und 9C\_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.2.2 mit Hinweisen ; zum Ganzen: BGE 138 V 457 E. 3.1 ).

Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen ( BGE 138 V 457 E. 3.3). Die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit steht fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 457 E. 3.4). 5.2.2

Hier stand nach der Neuanmeldung vom 26. Juli 2012 (Eingangsdatum; Urk. 6/151) mit dem A.\_\_\_\_-Gutachten vom 28. April 2014 die medizinische Zumutbarkeit einer Teilerwerbstätigkeit von 80 % mit ganztägiger Präsenz fest. Die Frage nach ihrer Verwertbarkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ist somit bemessen auf diesen Zeitpunkt zu beurteilen, in welchem der Beschwerdeführer 58 Jahre alt war.

Damit verblieben dem Beschwerdeführer

für die Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit ab Mai 2014 immerhin noch sieben Jahre bis zu seiner Pensionierung . Allein aufgrund des Alters ist die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit daher

zu bejahen

( vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 3.2.1 ). Dies gilt auch unter Berücksichtigung der Umstände , dass der Beschwerdeführer über eine vierjährige Schulbildung und keine Berufsausbildung verfügt ( Urk. 6/214/10) sowie über zwanzig Jahre seines Berufslebens als (Hilfs-) Maler tätig war und - mit Ausnahme der 50%igen Tätigkeit als Maler von April 2011 bis Juli 2012 - seit 2004 keine r Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen ist (Urk. 6/74/6, Urk. 6/214/10) . Denn der dadurch erhöhte Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand macht bei einer siebenjährigen möglichen Anstellungsdauer das Entgegenkommen eines Arbeitgebers nicht unwahrscheinlich , zumal dieser bei Hilfstätigkeiten nicht erheblich ist. Die Notwendigkeit einer langen, intensiven und zeitlich aufwändigen Einarbeitung in die in Frage kommenden Tätigkeiten als Hilfsarbeiter ist nicht anzunehmen . Auch kann der Beschwerdeführer aus dem Hinweis auf die angebliche übliche Frühpensionierung im Malergewerbe ( Urk. 12 S. 9 ff.) nichts zu seinen Gunsten ableiten, da es bei der Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit nicht um eine Tätigkeit als Maler geht.

Für die Annahme der Verwertbarkeit spricht zudem, dass der Beschwerdeführer über die Aufenthaltsbewilligung C verfügt (Urk. 6/10/1 , Urk. 6/166/1 ), seit Jahrzehnten in der Schweiz wohnt und sozial eingegliedert ist, nach wie vor zumindest kurze Strecken mit

dem Auto fahren kann (Urk. 23 S. 16) sowie

die Mobilität auch zu Fuss oder mit den öffentlichen Verkehrsmitteln nicht eingeschränkt ist. Zudem verfügt er gemäss dem Bericht des E.\_\_\_\_ vom 6. März 2015 über hervorragende handwerkliche Fähigkeiten, einen konzentrierten Arbeitsstil mit einem überlegten Vorgehen, gute soziale Kompetenzen und er kann bei der Verarbeitung von Materialien wie Papier, Klebefolien oder Verleimungen jeglicher Art auf sein Fachwissen als Maler zurückgreifen (Urk. 6/260/1-2). Ebenso wenig liegen Persönlichkeitsprobleme vor, welche eine Arbeitsintegration und Teamfähigkeit erheblich erschweren würden.

Des Weiteren erleichtert

die Quantität des verbleibenden 80%igen Pensums mit einer grundsätzlich ganztägigen Präsenzfähigkeit die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit. Auch die Art und Häufung der qualitativen Einschränkungen (Hebe- und Tragelimit von 10 Kilogramm, ausnahmsweise 15 Kilogramm, keine länger dauernde Zwangshaltung von Rumpf und Kopf, repetitive Überkopfbewegungen der Arme, keine Notwendigkeit einer normalen auditiven Kapazität oder eines intakten Richtungshörens, keine Arbeiten unter erhöhtem Störlärm, mit Sturz-, Eigen- oder Fremdgefährdung und mit häufigen Rotationsbewegungen; Urk. 6/214/35-37) verunmöglichen nicht sämtliche Einsatzmöglichkeiten als Hilfsarbeiter. Mit dem erhöhten Pausenbedarf, dem Ausschluss von Zwangshaltungen und den auditiven Schwierigkeiten werden zwar Tätigkeiten ausgeschlossen, welche etwa am Fließband in einer lauten Werkhalle erfolgen. Jedoch gibt es auch ruhige Werkstätten, bei denen die Arbeit selbständig eingeteilt werden kann und kein Fließband eingesetzt wird. Auch leichte Magazin-, Montage- und Verpackungsarbeiten, firmeninterne Postverteilung und Archivdienste mit oder ohne gelegentliche Kurierdienste sind mit dem Belastungsprofil vereinbar. Mit einem Entgegenkommen des Arbeitgebers kommen auch Kontroll- oder Überwachungsarbeiten in kleineren Industriebetrieben in Frage. Ob die Tätigkeit als Parkplatzwächter, welche der neurologische A.\_\_\_\_-Gutachter als zumutbar erachtete (Urk. 6/214/29), realistisch ist, kann angesichts der übrigen Optionen offen bleiben. Jedenfalls kann der Ansicht des Beschwerdeführers, es gebe keine Parkplatzwächter in Parkhäusern mehr, welche nicht umfassende Aufgaben mit Bedienung der Kassenautomaten und technischer Störungsbehebung beinhalten würden, so dass eine technische Ausbildung im IT-Bereich nötig wäre, nicht gefolgt werden.

Die arbeitsmarktliche Einschätzung der Mitarbeiter des E.\_\_\_\_ (Urk. 6/260/3) so dann ändert nichts an den verbleibenden Anstellungsmöglichkeiten, da diese sich nicht auf den hier massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt bezieht. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer die Arbeitsvermittlung der Invalidenversicherung (Art. 18 IVG) in Anspruch nehmen kann. 5.2.3

Stellt man die persönlichen und beruflichen Gegebenheiten den objektiven Anforderungen eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes gegenüber, kommt man zum Schluss, dass sie einen Arbeitgeber realistischerweise nicht davon abhalten würden, den 58-jährigen Beschwerdeführer

ab Mai 2014 für eine ganztägige Verweisungstätigkeit zu 80% mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen einzustellen (vgl. zur damit übereinstimmenden bundesgerichtlichen Kasuistik: Urteil des Bundesgerichts 9C\_124/2010 vom 21. September 2010 E. 5.2-3). Die erwerbliche Verwertbarkeit der 80%igen Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in einer leidensangepassten Tätigkeit ab Mai 2014 ist folglich zu bejahen. 5.3

Sämtliche übrigen Vorbringen des Beschwerdeführers führen zu keinem anderen Ergebnis. Das gilt insbesondere auch, soweit weitere medizinische Abklärungen verlangt werden. Der rechtsrelevante Sachverhalt im hier relevanten Zeitraum ist genügend abgeklärt. Von zusätzlichen Beweismassnahmen sind keine zusätzlichen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse darüber zu erwarten, weshalb davon abgesehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d). Auch eine, wie vom Beschwerdeführer geforderte zusätzliche berufliche Erhebung durch die Berufsberatung (Urk. 1 S. 10) ist nach dem Gesagten nicht angezeigt. 6.

## **E. 20**

20% ige Leistungseinbusse berücksichtigt worden seien (Urk. 2 S. 3). Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, dies sei rechts widrig, da insbesondere invaliditätsfremde Faktoren das Erzielen eines durch durchschnittlichen Einkommens verunmöglichten. Es seien insbesondere das fortgeschrittene Alter und die fehlende Berufsausbildung zu berücksichtigen, und es sei ein Abzug von 20 % gerechtfertigt (Urk. 1 S. 12 f.).

Hierzu gilt das Folgende: Dem Umstand, dass der Beschwerdeführer vermehrt Pausen benötigt und eine krankheitsbedingte Minderleistung besteht, wurde bereits mit dem um 20 % verminderten Rendement hinreichend Rechnung getragen. Dieser Umstand

darf entsprechend nicht zusätzlich mit einem Abzug versehen und damit doppelt herangezogen werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_581/2016 vom 24. Januar 2017 E. 3 und 9C\_584/2015 vom 15. April 2016 E. 6.2).

Es besteht im Übrigen denn auch kein ernsthafter Grund zur Befürchtung, ein potentieller Arbeitgeber, der sich mit einer 80% eines Vollzeitpensums (mit uneingeschränktem Einsatz) ausmachenden Leistungserbringung begnügen und eine entsprechende Stelle anbieten kann, würde bei der Entlohnung von einem tieferen Lohnansatz als bei einem voll einsatzfähigen Arbeitnehmer mit entsprechend höherem Rendement ausgehen. Unter dem Aspekt des reduzierten Beschäftigungsgrades bei ganztägiger Präsenz lässt sich daher ein Abzug vom auf tabellarischer Grundlage ermittelten Invaliden einkommen nicht rechtfertigen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_379/2011 vom 26. August 2011 E. 4.2.3, 8C\_419/2012 vom 21. September 2012 E. 3, 8C\_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8 und 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.2). Auch die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohnes, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C\_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4).

Auch das Angewiesensein auf das Entgegenkommen eines verständnisvollen Arbeitgebers stellt praxisgemäss kein anerkanntes eigenständiges Abzugskriterium dar (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8 und 8C\_91/2013 vom 22. August 2013 E. 3.3.4).

Mangelnde Berufsbildung gibt (insbesondere auf diesem Anforderungsniveau) ebenfalls keinen Anlass zu einem leistungsbedingten Abzug. Es stehen ihm genügend Stellenprofile offen, welche den medizinischen Anforderungen an eine leistungsangepasste, körperlich leichte

Tätigkeit gerecht werden, ohne dass sie deswegen mit höheren Erfordernissen bezüglich Ausbildung und Sprachkenntnisse verbunden wären (vgl. Urteil des Bundesgerichts

8C\_83/2009

vom 15. Mai 2009 E. 4.2.4.2). Auch aufgrund der Ausländereigenschaft und der Aufenthaltskategorie C sind beim über Jahrzehnte in der Schweiz erwerbstätig gewesenen Beschwerdeführer keine negativen Auswirkungen auf den Verdienst anzunehmen.

Der Umstand sodann, dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3).

Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) zudem grundsätzlich altersunabhängig angeboten. Mit der Beschwerdegegnerin besteht hier daher praxisgemäss keine Veranlassung, dem Alter des Beschwerdeführers bei der Ermittlung des Invalideneinkommens durch Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzuges Rechnung zu tragen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_450/2016 vom 6. Oktober 2016 E. 5.3.2).

Jedoch anerkennt die Rechtsprechung unter dem Titel Beschäftigungsgrad bei Männern, welche aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, einen Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 (Urteil des Bundesgerichts 8C\_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2). Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.2 mit Hinweisen).

Insgesamt rechtfertigt sich damit ein Abzug von 10%, so dass ein Invalideneinkommen von Fr. 47'296.65 resultiert.

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