

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00019 vom 4. Juni 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00019

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00019 du 4 juin 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00019 del 4 giugno 2020

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 Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Am 1. April 2008 nahm der Versicherte eine Teilzeit ätigkeit im Bereich Reini gung bei der A.____ auf (Urk. 12/154 ; vgl. Urk. 12/72). Am 15. Mai 2008 meldete er sich er neut bei der IV-Stelle zum Leis tungsbezug an (Urk. 12/72, unter Beilage zweier Arztberichte [Urk. 12/71 und Urk. 12/73]). Die IV-Stelle holte Beri chte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 12/74, Urk. 12/76 -77 und Urk. 12/80). Mit Vorbescheid vom

E. 1.2.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines aner kannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2.2

G emäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickel ten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 142

V 342) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte «Foerster-Kriterien», vgl.

BGE 130 V 352, BGE

131 V 49 E. 1.2, je wiedergegeben BGE 139 V 547 E. 5 mit weiteren Hinweisen).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermaßen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Gemäss BGE 143 V 418 (E. 7) sind neu sämtliche psychischen Leiden, laut BGE

143 V 409 (E. 4.5.2) namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.3

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. 1.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (so g. 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 gegenübereinander gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 1.5

Zwischenzeitlich war die IV-Stelle auf die Neuanmeldung eingetreten (vgl. Urk. 12/148 und Urk. 12/205), hatte Auskünfte bei der A.____

(Urk. 12/154) sowie Verlaufsberichte der aktuell behandelnden Ärztinnen und Ärzte (Urk. 12/156, Urk. 12/160-161 und Urk. 12/163) eingeholt und eine polydisziplinäre Begutachtung durch das G.____ in Auftrag gegeben (Gutachten vom 21. Mai 2015, Urk. 12/175; vgl. auch die ergänzende Stellungnahme des G.____

vom

E. 1.5.1

Bei einer Neuanmeldung zum Leistungsbezug finden die Grundsätze zur Rentenrevision analog Anwendung (Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]), weshalb zunächst eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts (seit der letzten rechtskräftigen Verfügung mit materieller Prüfung des Rentenanspruchs; vgl. BGE 133 V 108 E. 5) erforderlich ist. Erst wenn dies zu bejahen ist, ist in einem zweiten Schritt der (Renten-) Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_363/2018 vom 16. November 2018 E. 5.2).

E. 1.5.2

Im Rahmen einer Neuanmeldung nach erfolgter Leistungsverweigerung kann die anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts in einer objektiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechend verminderter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitsbeeinträchtigung liegen. Demgegenüber stellt eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts keine relevante Änderung dar (BGE 141 V 9 E.).

E. 1.7

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen).

Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten anderslautende Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende

Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder unge würdigt geblieben sind (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_317/2019 vom 30. September 2019 E. 2.3 mit weiteren Hinweisen). 2.

E. 2

3. Januar 2019 je eine Nachtragseingabe zur Beschwerde ein (Urk.

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den vom Beschwerdeführer mit Neuanmeldungsbescheid vom 4. Februar 2014 geltend gemachten Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat .

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen, dass anlässlich der medizinischen Abklärung beim B.____ im Jahr 2010 bedauerlicherweise ein Fehler unterlaufen sei. Es sei im Gutachten des Beschwerdeführers ein falsches Teilgutachten berücksichtigt worden. Aus diesem Grunde sei ein weiteres Gutachten in Auftrag gegeben worden mit dem ausdrücklichen Vermerk, dass das B.____ nicht mehr berücksichtigt werden dürfe. Der Auftrag sei der Gutachtensstelle G.____ erteilt worden. Das Gutachten des G.____

sei unter Berücksichtigung der vorhandenen medizinischen Unterlagen, ihren Akten und den eigenen erhobenen Befunden erstellt worden. Es sei umfassend und überzeugend, weshalb darauf abgestellt werde. Für ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei das B.____-Gutachten somit nicht mehr relevant gewesen (Urk. 2 S. 3). Laut dem Gutachten des G.____ sei dem Beschwerdeführer die Tätigkeit als Tunnelbauer nicht mehr zumutbar. Die Tätigkeit als Hauswart, welche er seit 1998 ausübe, sei ihm uneingeschränkt zumutbar. Aufgrund der langen Bearbeitungsdauer seien die aktuell behandelnden Ärzte nochmals angefragt worden. Aus den betreffenden Berichten ergäben sich keine neuen Tatsachen. Zusammenfassend werde festgehalten, dass dem Beschwerdeführer die heute ausgeübte Tätigkeit als Reiniger in der A.____ seit jeher zu 100 % zumutbar sei (Urk. 2 S. 2 - 3).

E. 2.3

Der Beschwerdeführer brachte dagegen in formeller Hinsicht vor, die Beschwerdegegnerin habe den Grundsatz der Annullierung der *reformatio in peius*

verletzt. Ihm sei mit dem Gerichtsentscheid vom 26. September 2012 resp. mit Verfügung vom 12. August 2011 ein IV-Grad von 36 % bestätigt worden. Noch in der Verfügung vom 22. November 2010 sei die Beschwerdegegnerin davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Reiniger und Hauswart nur zu 50 % ausüben könne. Dagegen seien damals hinderungsangepasste Tätigkeiten als zu 100 % zumutbar erklärt worden. Wenn nachträglich die Tätigkeit als Hauswart und Reiniger als zu 100 % zumutbar erklärt werde, bestehe die Gefahr, dass die AXA ihre BVG-Rente, die sie auf der Basis des erwähnten rechtskräftigen Entscheides gewährt habe, nunmehr aufhebe (Urk. 1 S. 2– 3). Die Beschwerdegegnerin habe mit ihrem Vorgehen nicht nur die BVG-Rente, bei welcher sie ihn beraten müsste (vgl. Art. 27 ATSG), sondern auch die kleine Rente der Basler Lebensversicherung gefährdet (Urk.

E. 7

S. 2). Allein wegen der Verletzung des Grundsatzes der Annullierung der reformatio in peius werde deshalb beantragt, die angefochtene Verfügung in der vorliegenden Form aufzuheben und mindestens den bisherigen Invaliditätsgrad zu bestätigen (Urk. 1 S. 3, vgl. Urk.

E. 9

S. 2). Im Weiteren werde formell gerügt, dass sich die Gutachter des G.____

nicht an das Verbot der Beschwerdegegnerin, sich auf das fehlerhafte B.____ -Gutachten zu beziehen resp. dieses zu berücksichtigen, gehalten (Urk. 1 S. 3) resp. sich zu stark auf das «aufgehobene» B.____ -Gutachten abgestützt hätten, obwohl dieses aus den Akten hätte gewiesen werden müssen. Wenn ein Gutachten – nunmehr unbestreitbar – falsch erstellt gewesen sei, dürfe auch die «Verbesserung» nicht in den Akten verbleiben oder gar abgeschrieben werden, weil alle Berufsleute danach trachteten, ihre Arbeit im günstigsten Lichte erscheinen zu lassen und zu retten, was zu retten sei. Gerade dies müsse im Rahmen einer eigenständigen, objektiven und neutralen Begutachtung vermieden werden. Es müsse deshalb ein neues Gutachten eingeholt werden (Urk. 7 S. 2). Auch in materieller Hinsicht dränge sich eine Neubegutachtung auf, weil das G.____ -Gutachten nicht schlüssig und nachvollziehbar sei. Ausserdem habe sich die medizinische Situation seit der Begutachtung weiter und nachweisbar verschlechtert. Die Beurteilung des G.____

sei deshalb nicht mehr aktuell. Demnach dürfe auch die angefochtene Verfügung als nicht mehr aktuell angesehen werden (Urk. 1 S. 4– 6; vgl. Urk. 7). 3.

3.1

Vorwegzunehmen ist, dass die verfahrensrechtliche Rüge des Beschwerdeführers, wonach die Beschwerdegegnerin den Grundsatz der Annullierung der reformatio in peius verletzt habe, schon deshalb ins Leere ziehlt, weil sich die Frage, ob eine Schlechterstellung vorliegt, nach dem Dispositiv und nicht nach den Erwägungen beurteilt (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_829/2019 vom 6. März 2020 E. 4.3.3 mit Hinweisen). Das Dispositiv der Verfügung vom 22. November 2010, welche im Übrigen mit Urteil vom 15. März 2011 aufgehoben wurde, lautete auf Abweisung des Leistungsbegehrens, ebenso auch dasjenige der – mit Urteil vom 26. September 2012 bestätigten – Verfügung vom 12. August 2011 (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.2). Zudem trifft die IV-Stelle entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ohnehin keine Pflicht, Neuanmeldende über mögliche Auswirkungen eines für sie unvorteilhaften Abklärungsergebnisses zu informieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_598/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4.1 ; vgl. E.

5 des vorinstanzlichen Urteils des Versicherungsgerichts des Kantons St.

Gallen vom 11. Juli 2018 [Fall-Nr. IV 2016/213, abrufbar auf der Publikationsplattform der St. Galler Gerichte]).

Soweit der Beschwerdeführer «allein wegen der Verletzung des Grundsatzes der Annullierung reformatio in peius » die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Bestätigung zumindest des bisherigen Invaliditätsgrades beantragt, kann ihm daher nicht gefolgt werden. 3.2

Soweit der Beschwerdeführer beantragt, es sei festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin für einen ihm aus der Verletzung des Grundsatzes der Annullierung der reformatio in peius resp. aus der Verletzung der Beratungspflicht gemäss Art. 27 ATSG

entstehenden Schaden verantwortlich sei, ist bereits mangels eines Anfechtungsgegenstandes auf die Beschwerde nicht einzutreten (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1, 125 V 413 E. 1a). 4. 4 .1

Im G. ___ -Gutachten vom 21. Mai 2015 wurden die bis zur Begutachtung im Februar/März 2015 erstatteten Arztberichte und Gutachten aufgelistet und auszugsweise zusammengefasst (Urk. 12/175 S. 2-21), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird nachfolgend jedoch darauf Bezug genommen. 4 .2

Dr. med. J. ___ , Facharzt für Innere Medizin, Dr. med. K. ___ , Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. med. L. ___ , Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, stellten im Gutachten vom 21. Mai 2015 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/175 S. 105-106) : - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei/mit - Multisegmentalen degenerativen Veränderungen und interspongiösen Bandscheibenherniationen Deckplatte BW K 12 und LWK 4 mit Knochenmarksödemen (MRI 23. Mai 2014) - Auffallend gute Beweglichkeit thorakolumbal - Schemerhaften Tendomyosen distaler Erector

trunci - Klinisch keine Hinweise für eine radikuläre Mitbeteiligung - Chronisches Zervikal- und intermittierend Zervikozephalosyndrom bei/mit - Status nach Auffahrunfall (16. Februar 2004) - Multisegmentalen degenerativen Veränderungen mittelzervikal ohne Spinalkanaleinengung (MRI 13. November 2012) - Selbstlimitierung und Symptomausweitung - PHS tendomyotika rechts bei/mit - Geeringer Funktionseinschränkung - Aktuell klinisch keine Hinweise für Impingementsyndrom - Radiologisch altersnormal (November 2007) - Periarthrosis

coxae rechts mit Referred

pain -Symptomatik bei/mit - Klinisch und im MRI beginnende Coxarthrose (23. Mai 2014) - Tendomyosen

gluteal rechts mit Referred

pain -Symptomatik - Differentialdiagnose (DD) eher keine echte Meralgia

paraesthetica

nocturna

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter : - Klinisch leichtes Sulcus

ulnaris -Syndrom rechts möglich - Beginnende Gonarthrose links (Röntgen 2. November 2007) - Chronisches zervico-spondylogenes Schmerzsyndrom bei degenerativen Neuroforamenstenosen C4/C5, C5/C6 und C6/C7 beidseits, Diskushernie C4/5 links ohne gegenwärtige Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik, begleitet von Brachialgien, Symptomatik akutenkundig seit Status nach HWS-Distorsion bei Schleudertrauma 2004 - Chronisches LWS-Syndrom mit pseudoradikulären Schmerzen im rechten Bein, Bandscheibenprotrusion LWK

4/5, Status nach einer älteren radikulären Schädigung L5 rechts, ohne gegenwärtige Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5) in der klinisch-neurologischen und elektroneurologischen Untersuchung - Isolierte Schädigung des zum Muskel führenden

Nervenastes des R. pro fundus

N. ulnaris mit narbigen Veränderungen am linken Handrücken radial nach einer früheren Handverletzung - Häufig auftretender episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp (ICD-10 G44.2/IHS 2.2) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), DD undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) - Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

- Wahrscheinlich anhaltende ängstlich affektive Störung im Sinne einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) - Aktenkundig Panikstörung (ICD-10 F41.0), gegenwärtig keine Symptomatik - Status nach Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastung (ICD-10 F43.21)

Die Gutachter hielten im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung im Wesentlichen fest, dass die internistische Untersuchung (vom 4. Februar 2015, vgl. Urk. 12/175 S. 40

f.) das Bild eines 58-jährigen, adipösen, kardiopulmonal kompensierten Beschwerdeführers in unauffälligem Allgemeinzustand ergebe. Die klinische Untersuchung sei altersentsprechend normal. Aus internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch in einer dem Alter und dem Habitus angepassten V erweistätigkeit (Urk. 12/175 S. 111).

Die bei der rheumatologischen Untersuchung (vom 11. Februar 2015, vgl. Urk. 12/175 S. 44 f.) gemachten Angaben des Beschwerdeführers, wonach er vor dem Unfall keine Rückenschmerzen gehabt habe, könne durch die Aktenlage mit dem aufgeführten Röntgenbericht LWS in zwei Ebenen vom 14. November 2003 widerlegt werden. Das zweite Problem für die praktisch identischen Beschwerden im Verlaufe von 10 Jahren sei die Überbewertung degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule mittelzervikal und lumbal als Ursache der Beschwerden, was zwischenzeitlich vom Beschwerdeführer so übernommen werde und er auch damit argumentiere, dass er keine grössere Arbeitsleistung tolerieren könne. In diesem Sinne sei einmal mehr darauf hingewiesen, dass bildlich zur Darstellung kommende sogenannte degenerative Veränderungen nicht a priori Schmerzen machen müssten und damit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten, dies auch unter dem Aspekt der Belastbarkeit. Seit dem Unfall habe sich ein weitgehend chronifizierter mehr oder weniger therapieresistenter Verlauf ergeben, wobei demonstrative Aspekte nicht zu übersehen seien. Dies e

Symptome seien rein somatisch weder aus biomechanisch-funktioneller noch aus anatomisch-struktureller Sicht nachvollziehbar. Hier zeige sich auch ein wahrscheinlicher Aspekt der Symptomausweitung in der Definition nach L. Matheson, nämlich ein invalidisierendes Verhaltensmuster, das dazu diene, das Umfeld, die Lebensumstände und das psychische Gleichgewicht unter Kontrolle zu halten. Aufgrund des bisherigen mehr als zehnjährigen Verlaufes könne die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheuma-orthopädischer Sicht aus dem korrigierten B. ___ -Gutachten vom 14. Juli 2014 übernommen werden

(Urk. 12/175 S. 111-112).

Im Rahmen der neurologischen Untersuchung (vom 4. März 2015, vgl. Urk. 12/175 S. 53 ff.) beklagte Beschwerden hätten nicht objektiviert werden können. Die klinisch neurologische Untersuchung sei durch Diskrepanzen und Inkonsistenzen geprägt gewesen. Der Beschwerdeführer habe bei der Prüfung der Tiefensensibilität eine Pallhypästhesie im Bereich der Tuberositas

tibiae beidseits 2/8, des Malleolus

medialis beidseits 4/4, der Grosszehe rechts 2/8 und links 4/8 ange geben. Darüber hinaus sei die Prüfung im Bereich der HWS aufgrund der mangelnden Compliance eingeschränkt möglich, auch bei der Prüfung von Zehen- und Fersenstand habe der Beschwerdeführer ein demonstratives Verhalten mit Ziehen an den Händen des Untersuchers gezeigt, ebenso beim Blindstrichgang, Romberg und Unterberger, zudem sei bei der Prüfung des Finger-Naseversuchs ein funktionell anmutendes, nicht reproduzierbares Vorbeizeigen zu beobachten gewesen. Die übrige klinisch-neurologische Untersuchung habe keine pathologischen Auffälligkeiten ergeben, insbesondere sei die Sensibilität überall erhalten gewesen. Die im Rahmen der Exploration angegebenen diffusen Missempfindungen und Sensibilitätsstörungen würden bei der klinisch-neurologischen Untersuchung nicht angegeben. Es hätten sich keine Sensibilitätsstörungen im Bereich der ulnaren Hälfte des Unterarms rechts > links und in den Fingern IV-V gefunden. Bis auf ein funktionell anmutendes, nicht reproduzierbares Vorbeizeigen im Finger-Naseversuch hätten sich auch sonst keine nachweisbaren Koordinationsstörungen ergeben.

Die im Rahmen der polydisziplinären Abklärung durchgeführte elektroneurographische Untersuchung bei Dr.

M.____, Fachärztin für Neurologie, am 24. März 2015 (vgl. Urk. 12/175 S. 128-130) habe im Bereich des linken N. ulnaris bei Ableitung über dem M. interosseus

dorsalis im Seitenvergleich eine pathologisch reduzierte motorische Reizantwort ergeben, jedoch nicht bei Ableitung über dem M. abductor

digiti

minimi. Die übrigen Parameter der motorischen und sensiblen Neurographie des N. ulnaris beidseits seien unauffällig. Der Beschwerdeführer habe narbige Veränderungen am linken Handrücken radial nach einer früheren Verletzung. Vermutlich sei die reduzierte motorische Reizantwort über dem linken M. interosseus

dorsalis I durch eine isolierte Schädigung des R. profundus

N. ulnaris bedingt. Die sensible und motorische Neurographie des N. medianus beidseits, die motorische Neurographie des rechten N. peroneus bzw. des linken N. tibialis einschliesslich der F-Wellendiagnostik sowie die sensible Neurographie des rechten N. suralis und des linken N. peroneus

superficialis seien unauffällig. Es ergebe sich somit kein Hinweis auf eine Polyneuropathie mit Beteiligung der schnell leitenden dickbemerkten Nervenfasern. Die elektromyographische Untersuchung der rechtsseitigen Beinmuskulatur zeige in den Kennmuskeln von L2-S1 keine floride

Denervation, im M. tibialis

anterior rechts als Kennmuskel L5 zeige sich ein leichter neurogener Umbau ohne Zeichen der floriden

Denervation. Bei unauffälliger Neurographie des rechten N. peroneus könne dieser Befund auf eine ältere radikuläre Schädigung L5 rechts deuten. Die untersuchten Armmuskeln (M. trapezius

brachii und M. flexor

carpi

ulnaris) als Kennmuskel n C7 und C8 beidseits seien elektromyographisch unauffällig und zeigten weder floride noch chronisch neurogene Veränderungen. Zusammenfassend liessen sich die seit dem Unfallereignis, das heisse seit über 10 Jahren , als permanent bestehend vorgetragene zervikale und lumbale Schmerzen begleitet von radikulärer Ausstrahlung, die die körperliche Leistungsfähigkeit subjektiv einschränkten, weder im Rahmen der klinisch-neurologischen noch der zusätzlich veranlassten elektroneurographischen Untersuchung objektivieren. Schmerzmittel würden nur hin und wieder gebraucht. Das Ausmass der vorgetragenen Schmerzen und Missempfindungen kontrastiere mit den unauffälligen objektivierbaren Befunden. Die vorgetragenen Kopfschmerzen entsprächen am ehesten phänomenologisch einem häufig auftretenden episodischen Kopfschmerz vom Spannungstyp (ICD-10

G44.2/IHS 2.2) , die keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht begründeten (Urk. 12/175 S. 112-113) .

Die Zusammenstellung der Befunde der neuropsychologischen Untersuchung (vom 4. März 2015, vgl. neuropsychologisches Teilgutachten von Dr. sc. hum. N.____ , Diplompsychologin, und lic . phil. O.____ , Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP vom 8. April 2015, Urk. 12/175 S. 120-127) lasse auf ein Aggravationsverhalten des Beschwerdeführers schliessen. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests inhaltlich nicht ausgewertet werden und lieferten wegen ungenügender Anstrengungsbeteiligung keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbildeten (Urk. 12/175 S. 114).

Im objektiven psychopathologischen Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien anlässlich der Untersuchung vom 4. Februar 2015 (vgl. Urk. 12/175 S. 80 ff.) hätten keine psychopathologischen Auffälligkeiten bestanden. Die Exploration des Tagesprofils weise auf kein reduziertes Aktivitätsniveau hin. Analog den Parametern der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an den Mini-ICF-APP bestünden keine Einschränkungen der Aktivität und Partizipation. Der im Rahmen der polydisziplinären Abklärung bestimmte Medikamentenspiegel habe Hinweise auf eine mögliche mangelnde Compliance im Hinblick auf die Behandlung ergeben. Zusammenfassend bestünden beim Beschwerdeführer mit Verweis auf die aktuellen somatischen Untersuchungen im G.____ -Gutachten erhebliche Inkonsistenzen und ein ausgesprochen selbstlimitierendes Verhalten. Es lägen weder Suizidalität noch Lebensüberdruß vor. Beim Beschwerdeführer stehe ein subjektives Schmerzsyndrom im Vordergrund. Er erlebe sich dadurch insuffizient und im Selbstwertgefühl reduziert. Aufgrund der vom Beschwerdeführer angegebenen körperlichen Beschwerden und der nicht ausreichenden Erklärbarkeit durch ein organisches Korrelat sei aus psychiatrischer Sicht die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) zu stellen. Aufgrund der diffusen Missempfindungen sei differentialdiagnostisch die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) nicht sicher abzugrenzen. In diesem Zusammenhang werde darauf hingewiesen, dass es sich um einen rein akademischen Diskurs handle. Darüber hinaus sei beim Beschwerdeführer diagnostisch analog den ICD-Kriterien von akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) auszugehen , dabei könne der Beschwerdeführer reduziert flexibel und unangepasst reagieren. Eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der ausgeführten Tätigkeit lasse sich daraus nicht begründen. Die im Weiteren seit Jahren im gleichen Ausmass beklagten

Beschwerden im Sinne einer gedrückten Stimmung, Interessensverlust, Verlust von Freude an angenehmen Aktivitäten und Libidoverlust, Potenzstörungen, Nervosität, Schwitzen, aufgrund von Schmerzen bestehende ausgeprägte Einschlaf- und Durchschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen, plötzliche Angstanfälle begleitet von Kloßgefühl, Engegefühl in der Brust und Zittern, die ebenfalls seit Jahren im gleichen Ausmass persistierten, bei unauffälligem psychopathologischem Befund, könnten, soweit die Angaben des Beschwerdeführers korrekt seien, auf die in den Vorberichten diagnostizierte anhaltende ängstliche affektive Störung im Sinne einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) zurückgeführt werden (vgl. Formulierung in Urk. 12/175 S. 95). Zusammenfassend seien im Fall des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung (beispielsweise durch fehlende krankheitsbedingte Ressourcen und/oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte) begründen könnten. Die Ausprägung der Störung sei beim Beschwerdeführer im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv leicht einzustufen. Es könne von einer regelhaften tatsächlichen Überwindbarkeit der subjektiv erlebten Defizite ausgegangen werden. Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben (Urk. 12/175 S. 114-115).

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht in der seit 2008 ausgeübten Tätigkeit als «Hauswart» in der A.____

aufgrund des bisherigen Verlaufs sowie aller verfügbarer klinischer und radiologischer Daten uneingeschränkt arbeitsfähig ohne Leistungseinbusse. Aufgrund des dargelegten Arbeitsplatzbeschriebes handle es sich um eine körperlich leichte Tätigkeit in Wechselbelastung. Ungünstig wären Tätigkeiten mit repetitiver Belastung des Schultergürtels elevatorischer Art, körperliche Schwerarbeiten mit Heben und Tragen schwerer Gewichte sowie längerdauernde Tätigkeiten in einer unergonomischen Rückenhaltung. Weiterhin ungünstig seien Arbeiten mit einer freien HWS-Beweglichkeit in sämtlichen Richtungen und einer freien und schmerzlosen Hüftbeweglichkeit rechts in uneingeschränktem Bewegungsausmass. Weder aus psychiatrischer, neuropsychologischer noch neurologischer Sicht bestünden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Das aktuell ermittelte Belastungsprofil gelte

seit dem Gutachten des B.____ vom 5. Juli 2010, das am 14. Juli 2014 durch das B.____

korrigiert worden sei. In der zuletzt vor dem Unfall ausgeübten Erwerbstätigkeit in den Bereichen Tunnelbau, Bau und Reinigung und für alle schweren bis mittelschweren Tätigkeiten bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer dem Leiden optimal angepassten, körperlich leichten Tätigkeit, wie sie durch den Beschwerdeführer aktuell in einem 50%igen Arbeitspensum als Reinigungskraft bei der A.____

mit einer Arbeitszeit von 21 Stunden pro Woche ausgeübt werde, bestehe aus interdisziplinärer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%iges Arbeitspensum. Sowohl aufgrund der subjektiven Angaben, der klinischen Befunde und der bildgebenden Verfahren seien seit dem korrigierten Gutachten mit Untersuchung vom 12. Mai 2010 keine relevanten Änderungen eingetreten (Urk. 12/175 S. 115-116); vgl. auch ergänzende Stellungnahme von Dr. L.____

vom 24. Juni 2015, Urk. 12/177). 4.3

Med. pract . P.____ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) , kam in ihrer Stellungnahme vom 9. Juni 2015 zum Schluss , dass auf das Gutachten des G.____ abgestellt werden könne. Es bestehe folgendes Belastungsprofil: Körperlich leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung. In bisheriger Tätigkeit als Tunnelbauer bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Juli 2010. In angepasster Tätigkeit gemäss Belastungsprofil sei der Beschwerdeführer seit Juli 2010 in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (Urk. 12/230/4-5; vgl. auch Stellungnahme von RAD-Ärztin P.____ vom 15. Juli 2015, Urk. 12/230/5). 4 .4

Dr. E.____

führte in ihrem Verlaufsbericht vom 9. Juni 2017 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein chronisches cervicovertebrales und rezidivierendes radikuläres Reizsyndrom bei degenerativen Neuroforamenstenosen C4/5, C5/6, C6/7 beidseits bei Discushernie C4/5 links, (2) ein chronisches lumbospondylogenes und rezidivierendes lumboradikuläres Reizsyndrom bei progredienter Degeneration L4/5 mit Rezessusstenose und Wurzelirritation beidseits bei/ mit foraminale Einengung L5/S1 links und aktivierter Fazetten gelenksarthrose L5/S1 beidseits, (3) rezidivierende Panikattacken, (4) eine depressive Entwicklung sowie (5) eine chronische PHS rechts an. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. Der Beschwerdeführer könne die bisherige und (andere) angepasste Tätigkeiten zu 50 % ausüben (Urk. 12/210 und Urk. 12/213 ; vgl. Aktenverzeichnis zu Urk. 12/1-242). 4 .5

Dr. med. Q.____ , Fachärztin für Neurologie, diagnostizierte in ihrem Bericht an Prof. Dr. H.____ vom 12. Juni 2017 (1) eine leichte chronische Schädigung L5 links, (2) eine multisegmentale leichte degenerative Veränderung der LWS, Segmentdegeneration L5/S1 mit deutlicher Bandscheibenprotrusion und Kompression der Nervenwurzel L5 links foraminal sowie (3) chronische Cervicobrachialgien bei multisegmentalen degenerativen Veränderungen, klinisch Nervenwurzelreizsyndrom C6 beidseits, neurophysiologisch kein sicherer pathologischer Befund. Beim Beschwerdeführer bestehe ein etwas diffuses Schmerzsyndrom. Auffällig und auch aufgrund der Bildgebung gut erklärt sei eine chronische Schädigung L5 links bei bekannter foraminale Kompression der Nervenwurzel. Hier seien auch lumbale Schmerzen bei Osteochondrose gut erklärt. Bei schon vielfach erfolgten Infiltrationen und wechselnden Beschwerden empfehle sie aber, aufgrund der Gesamtsituation und psychischen Konstellation mit chirurgischen Interventionen zurückhaltend zu sein. Bei Cervicobrachialgien beidseits habe Dr. E.____ ein Reizsyndrom C6 beidseits vermutet. Hier finde sie elektrophysiologisch keine Hinweise für eine manifeste Radikulopathie

(Urk. 12/219/1-2). 4 .6

Dr. D.____ nannte in seinem Verlaufsbericht vom 5. September 2017 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine anhaltende ängstliche Depression (ICD-10 F34.1), DD mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), chronifiziert , (2) eine Panikstörung (ICD-10 F41.0), (3) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie (4) eine Persönlichkeitsänderung (gemeint wohl: Persönlichkeitsänderung) bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei sich verschlechternd. Trotz der guten Motivation und Compliance seitens des Beschwerdeführers gestalte sich die Therapie nach

wie vor als schwierig bzw. habe keine signifikante Änderung erreicht und somit seine psychische und emotionale Belastbarkeit nicht erhöht werden können. Er arbeite durchschnittlich als Raumpfleger zwei bis drei Stunden täglich an zwei bis drei Tagen pro Woche (Urk. 12/216).

4.7

Prof. Dr. H.____ stellte in seinem Bericht an Dr. E.____ vom 6. Oktober 2017 die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms im Rücken/ Sakrum und Bein links bei/mit chronischem Schmerzsyndrom im Dermatome L5 links, elektrophysiologisch nachgewiesener Reizleitungsstörung L5 links sowie Degeneration der LWS, vor allem L5/S1 links wegen einer hochgradigen Kompression der Nervenwurzel L5 links, neuroforaminal L5/S1 links. Zwischenzeitlich sei beim Beschwerdeführer, welchen er am 5. Oktober 2017 in seiner Sprechstunde gesehen habe, zweimal eine Infiltration L5 beidseits durchgeführt worden, wobei er gemäss seinen Angaben während ein bis zwei Tagen eine signifikante Besserung gehabt habe, es in der Folge jedoch wieder zu einer Exazerbation der Schmerzen gekommen sei, kontinuierlich innert fünf bis sechs Wochen. Zusätzlich sei der Beschwerdeführer am 8. Juni 2017 durch Dr. Q.____ neurologisch (inkl. elektrophysiologisch) abgeklärt worden. Dr. Q.____ finde als Ursache eine chronische Schädigung der Nervenwurzel L5 links, was sie elektrophysiologisch habe beweisen können. Die Beschwerden des Beschwerdeführers hätten die Ursache in der Schädigung der Nervenwurzel L5. Dies könne auch in den MRI-Aufnahmen nachvollzogen werden. Darin zeige sich eine fortgeschrittene Einengung der Nervenwurzel L5 neuroforaminal L5/S1 links. Er habe mit dem Beschwerdeführer diese Situation eingehend besprochen, und sie hätten sich auf folgendes Procedere geeinigt: Der Beschwerdeführer werde weiterhin etwa drei Tage pro Woche in einer Genossenschaft arbeiten, dies beinhalte leichte Tätigkeiten. Schwere körperliche Arbeiten könne der Beschwerdeführer nicht ausführen wegen den beschriebenen Beschwerden, insbesondere auch im Nacken. Die Physiotherapie empfehle er einmal wöchentlich weiterzufahren. Sollten sich die Schmerzen verstärken, werde sich der Beschwerdeführer bei ihm melden und könnte die Infiltration der Nervenwurzel am lumbosakralen Übergang wiederholt werden, mindestens zwei bis dreimal pro Jahr. Er werde den Beschwerdeführer in drei Monaten in seiner Sprechstunde sehen, jederzeit früher bei Problemen (Urk. 12/220 = Urk. 3/4). 4.8

RAD-Ärztin Dr. P.____ stellte in ihrer Stellungnahme vom 5. Januar 2018 zusammenfassend fest, dass die neu aufgelegten Berichte von Dr. E.____, Dr. D.____, Dr. Q.____ und Prof. Dr. H.____

keine neuen medizinischen Sachverhalte enthielten und an den bisherigen Stellungnahmen festgehalten werde (Urk. 12/230/7-8). 5.5.1

Die angefochtene Verfügung basiert in medizinischer Hinsicht auf dem Gutachten des G.____ vom 21. Mai 2015 (vgl. E. 4.2) sowie den Stellungnahmen von RAD-Ärztin P.____ vom 9. Juni 2015 und vom 5. Januar 2018 (E. 4.3 und E. 4.8). 5.2

Vorab ist festzuhalten, dass die vom Beschwerdeführer gegen das Gutachten des G.____ erhobenen formellen Rügen (Urk. 1 S. 3 und Urk. 7 S. 2) nicht verfangen. Gemäss Aktenlage hatte die Beschwerdegegnerin, nachdem sie im Juli 2014 von der Verwechslung des orthopädischen Teilgutachtens im Gutachten des B.____ vom 5. Juli 2010 (Urk. 12/101) erfahren und sich deswegen zur Durchführung einer erneuten polydisziplinären Begutachtung entschlossen hatte (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.4), lediglich bestimmt, dass der

neuerliche Gutachtensauftrag nicht dem

B.____ erteilt werden dürfe (Urk. 2, Urk. 12/230/2; vgl. auch Urk. 12/164). Sodann ist – entgegen der vom Beschwerdeführer offenbar vertretenen Auffassung – nicht ersichtlich, inwiefern der Umstand, dass die Gutachter des

(nach dem Zu fallsprinzip als Gutachterstelle bestimmten) G.____

vom Inhalt des B.____ -Gutachten s vom 5. Juli 2010 (Urk. 12/101) und der «korrigierten» Version desselben vom 14. Juli 2014 (Urk. 12/142-143) Kenntnis hatten, geeignet sein soll, Misstrauen in ihre Unparteilichkeit zu erwecken (Urk. 12/175 S. 22

f.) . Das pauschale Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach alle Berufsleute danach trachteten, ihre Arbeit im günstigsten Licht erscheinen zu lassen und zu retten, was zu retten sei (Urk. 7 S. 2), vermag eine fehlende Ergebnisoffenheit der G.____ -Gutachter jedenfalls nicht zu belegen und demnach den Beweiswert ihres Gutachtens nicht in Frage zu stellen.

5.3

5.3 .1

Das Gutachten des G.____

vom 21. Mai 2015 beruht auf umfassenden fachärztlichen (internistischen, rheumatologischen, neurologischen [inkl. neurophysiologischen], psychiatrischen und neuropsychologischen) Untersuchungen, und wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) erstattet . Die Gutachter haben detaillierte Befunde erhoben, nachvollziehbare Diagnosen gestellt und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und seinem Verhalten einlässlich auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet .

5.3 .2

In somatischer Hinsicht haben insbesondere auch der orthopädische und der neurologische Gutachter – anhand der Vorakten , namentlich auch der aktenkundigen Ergebnisse der radiologischen Untersuchungen vom 13. November 2012 und vom 23. Mai 2014 (Urk. 12/160/8-9 und Urk. 12/160/15-16) , der vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden, der im Rahmen der fachärztlichen Explorationen erhobenen klinischen Befunde, der Verhaltensbeobachtung sowie anhand der Ergebnisse der elektrodiagnostischen Untersuchungen vom 23. März 2015 (Urk. 12/175 S. 128- 130) – nachvollziehbar dargetan , dass und weshalb die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen und Beschwerden aus neurologischer Sicht nicht , aus rheumatologischer Sicht jedoch teilweise (qualitativ, nicht aber im quantitativen Ausmass) erklärt werden können. Ihre Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer aufgrund der objektiven Befunde im Bereich der Wirbelsäule, der Schultern und der Hüfte schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr ausüben könne, in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit gemäss dem vom rheumatologischen Gutachter formulierten Belastungsprofil jedoch eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe, erscheint nachvollziehbar und überzeugend. Gleiches gilt für ihre Feststellung, wonach diese Einschätzung seit der Untersuchung im B.____ (Mai 2010) gelte (Urk. 12/175 S. 116) und wonach seither keine relevanten Änderungen eingetreten seien (Urk. 12/175 S. 117). 5.3 .3

Der psychiatrische Gutachter hat sich einlässlich mit den psychiatrischen Vorak ten, namentlich auch dem Bericht von Dr. D.____ vom 9. Januar 2014 (Urk. 12/125/4-5), und den darin angeführten psychiatrischen Diagnosen auseinandergesetzt und seine teilweise davon abweichende diagnostische Beurteilung sorgfältig begründet (Urk. 12/175 S. 98-105) . Sodann hat er nachvollziehbar dargelegt, dass sich anlässlich der klinischen Untersuchung keine psychopathologischen Auffälligkeiten und im Mini-ICF-APP keine Einschränkungen der Aktivität und Partizipation

ergäben (Urk. 12/175 S. 84-88). Zudem zeigte er auf, dass die von ihm durchgeführte Konsistenzprüfung Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben hätten: Es bestünden Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden einerseits und der Vagheit der Beschwerden, der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation, dem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung, der Intensität der bisherigen Behandlungsbemühungen, den Ergebnissen der neuropsychologischen Tests sowie den zeitnah zur Untersuchung als eingenommen angegebenen Medikamenten und deren Nachweis im Blutserum andererseits (Urk. 12/175 S. 96-97).

Die Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachters, wonach aus psychiatrischer Sicht im Zeitpunkt der von ihm durchgeführten Untersuchung (4. Februar 2015) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne (Urk. 12/175 S. 97) , erscheint aufgrund der besagten Feststellungen – ebenfalls –

einleuchtend und überzeugend.

Zwar erfolgte diese Einschätzung in Anwendung der inzwischen überholten Foerster-Kriterien. Das Gutachten des G.____ enthält jedoch hinreichende Angaben zu den gemäss BGE 141 V 281 für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Beschwerden massgeblichen Indikatoren (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2).

Zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» lässt sich insbesondere feststellen, dass laut dem psychiatrischen Gutachter anlässlich der Begutachtung im G.____ keine psychopathologischen Auffälligkeiten und keine Einschränkungen der Aktivität und Partizipation auszumachen waren. Die Behandlungsmöglichkeiten erscheinen nicht voll ausgeschöpft (bislang lediglich ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, im Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung alle zwei Wochen, sowie medikamentöse Behandlung, wobei der im G.____ erhobene Medikamentenspiegel teilweise nicht im therapeutischen Bereich lag [Urk. 12/175 S. 91]). Potentiell ressourcenhemmende Komorbiditäten sind zwar vorhanden. Nach dem Gesagten sowie angesichts der gutachterlichen Feststellungen zur Persönlichkeit (akzentuierte Persönlichkeitszüge, aber keine Persönlichkeitsstörung [Urk. 12/175 S. 102]) sowie zum sozialen Kontext (intakte Ehe, Unterstützung durch die Ehefrau, guter Kontakt zu den Kindern, welche gut verdienen und die Familie unterstützen, ausreichend viele soziale Kontakte, keine Schulden [Urk. 12/175 S. 33-35, Urk. 12/175 S. 88 und Urk. 12/175 S. 90]) ist aber nicht auf einen erheblichen funktionellen Schweregrad der vom psychiatrischen Gutachter diagnostizierten Störungen zu schliessen. Zudem machte dieser kein reduziertes Aktivitätsniveau sowie zahlreiche Inkonsistenzen im Verhalten des Beschwerdeführers aus, weshalb es auch an einem für die Annahme eines invalidisierenden psychischen Leidens erforderlichen

stimmigen Gesamtbild fehlt. Demnach ist auch in Anwendung der geänderten Rechtsprechung nicht auf eine relevante Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen zu schliessen. 5 . 3.4

Das Gutachten des G.____ erfüllt somit die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlagen (E. 1.6 und BGE 144 V 50 E. 4.3). 5.4 5.4 .1

Die vom Beschwerdeführer gegen das G.____ -Gutachten erhobenen (materiellen) Einwände stellen diese Schlussfolgerung nicht in Frage (vgl. auch E. 1.7): 5.4 .2

Entgegen dem (pauschalen) Vorbringen des Beschwerdeführers ist den G.____ -Gutachtern nicht vorzuwerfen, dass sie sich «zu stark» auf die Beurteilung des B.____

abgestützt resp. sich daran angelehnt hätten . Wohl hat der rheumatologische Gutachter im Rahmen der von ihm vorgenommenen Beurteilung (auf der vom Beschwerdeführer genannten S. 5 2 des Gutachtens) bemerkt, dass aufgrund des bisherigen mehr als 10-jährigen Verlaufes die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheuma-orthopädischer Sicht aus dem korrigierten

B.____ Gutachten vom 14. Juli 2014

« übernommen » werden könne

(Urk. 12/175 S. 52). Aus dem Gesamtkontext ergibt sich jedoch, dass er die damalige Beurteilung von B.____ -Gutachter Dr. F.____

im «eigentlichen» – den Beschwerdeführer betreffenden – orthopädischen Teilgutachten (100%ige Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten Tätigkeiten unter Wechselbelastung ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 Kilogramm und ohne häufigen Einsatz der oberen rechten Extremität, Urk. 12/143/7) nicht übernommen, sondern rückblickend aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers, der gesamten aktenkundigen rheumatologischen Anamnese (seit dem Unfall im Jahr 2004 bis zur Begutachtung im G.____) sowie aufgrund seiner objektiv-eigenen Feststellungen bestätigt hat, wobei er aber das Belastbar keitsprofil enger fasste (keine repetitive Belastung des Schultergürtels

elevatorischer Art , keine länger andauernden Tätigkeiten in einer unergonomischen Rückenhaltung und keine HWS- und Hü ft-belastende Tätigkeiten [vgl. Urk. 12/175 S. 53 und Urk. 12/177]) als Dr. F.____ . Der neurologische und psychiatrische Gutachter setzte sich sodann im Rahmen seiner Beurteilung en ausschliesslich mit den neurologischen, radiologischen und psychiatrischen

Vorberichten auseinander (Urk. 12/175 S. 71-72 und Urk. 12/175 S. 98-105) und nahm bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit – wie auch der internistische Gutachter und die neuropsychologischen Gutachterinnen – gar nicht auf die Beurteilung der B.____ -Gutachter Bezug. 5 .4.3

Im Weiteren rügte der Beschwerdeführer , das Gutachten sei nicht schlüssig und nachvollziehbar. So werde in Ziffer 7.6 des Gutachtens einerseits die Reinigungsarbeit als voll unzumutbar erklärt. In der nachfolgenden Ziffer 7.7 werde die Prof ireinigungsarbeit eines Abwart s dennoch als zu 100 % zumutbar erklärt. Bei des könne ni cht stimmen, da der Profiabwart

viel Reinigungsarbeit verrichte. Dazu müsse er Schneeschaufeln, Rasen mähen, Wasserabläufe reinigen etc. (Urk. 1 S. 3).

Dazu ist zu bemerken, dass sich die Gutachter des G.____

in Ziffer 7.6 des Gutachtens («Stellungnahme zur Tätigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf»)

auf die vom Beschwerdeführer gemäss Aktenlage vor dem Unfall ausgeübten Tätigkeiten im Bereich Tunnelbau, Bau und Reinigung (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.1)

bezogen, wohingegen sie sich in Ziffer 7.7 des Gutachtens («Stellungnahme zu einer Verweistätigkeit») »)

zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit äusserten. Gemäss Aktenlage umfasste die vom Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Unfalls (im Jahr 2004) im Bereich Reinigung ausgeübte Tätigkeit bei der Y.____

insbesondere auch das Reinigen der Umgebung der Mehrfamilienhäuser (Urk. 12/4/67). Die von ihm seit 2008 versehene Tätigkeit im Bereich Reinigung bei der A.____ beinhaltet

hingegen gemäss Arbeitgeberbericht vom 27. August 2014 (Urk. 12/154) und den Angaben des Beschwerdeführers selbst (Urk. 12/175 S. 34 und Urk. 12/175 S. 104; vgl. auch Urk. 12/125) nur körperlich leichte Arbeiten und keine (schweren bis mittelschweren) Arbeiten wie Schneeschaufeln, Rasenmähen und dergleichen. Dass die Gutachter des G.____ die im Zeitpunkt des Unfalls versehene Tätigkeit im Bereich Reinigung (bei der Y.____) als unzumutbar, die seit 2008 ausgeübte Tätigkeit bei der A.____

jedoch als zumutbar betrachteten, stellt demnach keinen Widerspruch dar. 5.4.4

Schliesslich kann auch dem Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach sich die medizinische Situation seit der G.____-Begutachtung weiter und nachweisbar verschlechtert habe, weshalb

das Gutachten nicht mehr aktuell und (auch aus diesem Grund) eine Neuabklärung erforderlich sei (Urk. 1 S. 5), nicht beigelegt werden, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt. 5.5

5.5.1

(Ergänzende) Abklärungen sind vorzunehmen, wenn hinreichende Anhaltspunkte in den Akten für das Vorliegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung bestehen, die geeignet ist, die Arbeitsfähigkeit (zusätzlich) einzuschränken. Die versicherte Person trifft eine Mitwirkungspflicht (Art. 61 lit. c ATSG; Urteil des Bundesgerichts 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.2 mit Hinweisen). 5.5.2

Vorzunehmen ist, dass Dr. E.____ und Dr. D.____, bei welchen der Beschwerdeführer seit Mai 2013 (Urk. 12/125/7) resp. seit Dezember 2012

(Urk. 12/163/2) in rheumatologischer resp. psychiatrischer Behandlung steht, in ihren zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers verfassten Stellungnahmen vom 28. September 2015 (Urk. 12/201) und vom 13. November 2015 (Urk. 12/205) zum G.____-Gutachten vom 21. Mai 2015 keine objektiven Aspekte benannten, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind und Anlass für weitere Abklärungen geben würden (vgl. E. 1.7). 5.5.3

Wie eingangs erwähnt (Sachverhalt Ziffer 1.5), holte die Beschwerdegegnerin im Jahr 2017 zwecks Aktualisierung der medizinischen Aktenlage die Verlaufsberichte von Dr. E.____ vom 9. Juni 2017 (Urk. 12/213) und von Dr. D.____ vom 5. September 2017 (Urk. 12/216) ein (vgl. E. 4.4 und E. 4.6) . Prof. Dr. H.____ , bei welchem der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben damals zudem in Behandlung stand (Urk. 12/208), liess der Beschwerdegegnerin trotz mehrfacher Aufforderung, den ihm zugesandten Formularbericht ausgefüllt zurückzusenden (Urk. 12/209, Urk. 12/211 -212, Urk. 12/214 und Urk. 12/ 218) , am 19. resp. 23. Oktober 2017 lediglich einen von ihm verfassten Bericht vom 6. Oktober 2017 an Dr. E.____

(Urk. 12/220) und einen an ihn gerichteten Bericht von Dr. med . Q.____ , Fachärztin für Neurologie, vom 12. Juni 2017 (Urk. 12/219/1-2; vgl. Urk. 12/222/-223) zugehen (vgl. E. 4. 5 und E. 4.7) . Die besagten Berichte legte die Beschwerdegegnerin dem RAD vor (Urk. 12/230/7-8 ; vgl. E. 4.8) . RAD-Ärztin P.____

ist darin beizupflichten, dass – auch – auf grund der seit Mai 2017 aufgelegten Berichte kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen bestand: 5.5.4

So führte Dr. D.____

in seinem Verlaufsbericht vom 5. September 2017 im Wesentlichen die gleichen psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an wie in seinem – vom psychiatrischen Gutachter des G.____ gewürdigten (Urk. 12/175 S. 104-105) – Bericht vom 9. Januar 2014 (Urk. 12/125/4-6; vgl. auch den Bericht von Dr. D.____ vom 3. Oktober 2014, Urk. 12/163). Sodann gab er zwar an, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers «sich verschlechternd» sei. Seine Angaben zu den Befunden und zur aktuellen Behandlung lassen aber im Vergleich zu denjenigen in den besagten Vorberichten nicht auf eine Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes und/oder eine Erhöhung des psychischen Leidensdruckes des Beschwerdeführers schliessen. Auch nahm Dr. D.____

keine objektiv-eigene Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor.

Dr. E.____

bezeichnete in ihrem Verlaufsbericht vom 9. Juni 2017 – bei im Wesentlichen gleichen Diagnosen und gleicher Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung wie in ihren (den Gutachtern des G.____ bekannten) Vorberichten vom 10. Dezember 2013 (Urk. 12/125 und Urk. 12/161) – den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ausdrücklich als stationär. Dies, nachdem sie den Beschwerdeführer gemäss ihren Angaben zuletzt am 6. Juni 2017 (und demnach nur zwei Tage vor der Untersuchung durch Dr. Q.____) gesehen hatte.

Aus den Berichten von Dr. Q.____ vom 12. Juni 2017 und von Prof. Dr. H.____ vom 6. Oktober 2017 ergibt sich zwar, dass sich am 8. Juni 2017 elektromyographisch im M. tibialis

anterior links neu «eine leichte chronisch neurogene Schädigung» und ein «deutlich chronisch neurogener Umbau mit einer Amplitudenüberhöhung von 4 mV, Übergangsmuster»

(Urk. 12/223) und in einem vorgängig durchgeführten MRI der LWS ebenfalls neu eine foraminale Kompression der Nervenwurzel L 5 zeigten (Urk. 12/223 und Urk. 12/220);

vgl. demgegenüber die Beurteilung des neurologischen Gutachters des G.____ resp. von Dr. M.____, wonach im Zeitpunkt der Begutachtung bildgebend keine Wurzelkompression festzustellen gewesen sei und wonach sich im M. tibialis

anterior rechts ein neurogener Umbau ohne Zeichen einer floriden

Denervation

gefunden habe [Urk. 12/175 S. 65-66]). Indessen lassen bildgebend nachgewiesene (pathologische) Befunde in der Regel für sich allein nicht den Schluss auf eine (höhere) Arbeitsunfähigkeit zu resp. es besteht gerade keine Korrelation zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C_646/2015 vom 19. Mai 2016 E. 4.2 mit Hinweisen ; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_857/2018 vom 22. Juli 2019 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Dass sich beim Beschwerdeführer aufgrund der besagten neuen Wirbelsäulenbefunde massgebliche (erhebliche und andauernde) Funktionseinschränkungen oder neurologische Defizite

resp. quantitative oder zusätzliche qualitative Einschränkungen in einer angepassten (rückenschonenden) Tätigkeit gemäss dem von den Gutachtern des G.____ formulierten Belastungsprofil ergäben, lässt sich weder den von Dr. Q.____

erhobenen klinischen Befunden («Muskeleigenreflexe: MER der Arme und Beine seitengleich auslösbar. Keine Pyramidenbahnzeichen. Motorik: Wackelnde Innervation aller aufgeführten Bewegungen. Keine sichere Parese. Sensibilität: Dysästhesien am lateralen Oberschenkel rechts, kein sicheres persistierendes sensibles Defizit» [Urk. 12/223/1]) noch ihren weiteren Ausführungen entnehmen. Auch aus dem Bericht von Prof. Dr. H.____ geht solches nicht hervor. 5.5.5

Unter diesen Umständen war die Beschwerdegegnerin nicht gehalten, weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere durfte sie auch davon absehen, von Prof. Dr. H.____ – erneut (vgl. E. 5.5.3) – einen ausführlich(er)en Bericht anzufordern. Denn der Beschwerdeführer hätte, namentlich auch im Rahmen des Vorbescheidverfahrens, selber einen solchen Bericht auflegen können, wenn sich daraus entscheidungswesentliche neue Erkenntnisse hinsichtlich seiner Arbeitsfähigkeit hätten ergeben können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_827/2018 vom 10. April 2019 E. 6.2.2 mit Hinweis). 5.5.6

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers durfte die Beschwerdegegnerin demnach ohne weiteres davon ausgehen, dass er auch in der Zeit zwischen der Begutachtung im G.____ und der angefochtenen Verfügung in einer dem gutachterlichen Belastungsprofil Rechnung tragenden angepassten Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig war. 5.5.7

Der vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren – nebst dem bereits aktenkundigen Bericht von Prof. Dr. H.____ vom 6. Oktober 2017 – eingereichte

Radio logiebericht

von Dr. I.____

vom 18. April 2017

(Urk. 3/3) ändert an dieser Schlussfolgerung nichts. Dr. I.____

berichtete darin Prof. Dr. H.____

ausschliesslich über die – sowohl in dessen Bericht vom 6. Oktober 2017 als auch im Bericht von Dr. Q.____

vom 12. Juni 2017 erwähnten –

Ergebnisse der von ihm gleichentags durchgeführten bildgebenden Abklärungen, welche nach dem Gesagten für sich alleine jedoch nicht aussagekräftig sind. 5.6

Demnach kann – gestützt auf das Gutachten des G.____ vom 21. Mai 2015 und mangels hinreichender Hinweise auf eine seitherige massgebliche Veränderung der gesundheitlichen Situation – zumindest mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit Juli 2010 und damit auch seit der letzten leistungsverweigernden Verfügung vom 12. August 2011 (Urk. 12/117, vgl. E. 1.5.1) nicht massgeblich verändert haben. Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, ist sodann selbst unter umfassendem Einbezug der erwerblichen Aspekte keine Veränderung ersichtlich, welche zu einem Rentenanspruch des Beschwerdeführers (ab August 2014 [sechs Monate nach der Neuanmeldung vom 4. Februar 2014, vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG]) führen könnte (vgl. E. 1.5.2). 6. 6.1

Entgegen der von der Beschwerdegegnerin offenbar neuerdings vertretenen, von ihr allerdings nicht (nachvollziehbar) begründeten Auffassung (Urk. 2) ist das Valideneinkommen des Beschwerdeführers nach dem Gesagten (vgl. E. 5.4.3; vgl. auch Urk. 12/34 S. 30) weiterhin (Urk. 12/64 S. 15-16 E. 5.2; vgl. auch Urk. 12/122 S. 15 E.

5.2) auf der Basis des von ihm im Jahr 2003 bei der Y.____ erzielten Einkommens zu berechnen. Das Valideneinkommen 2018 ist demnach mit Fr. 86'841.50 (= Fr. 75'237.-- : 1958 [2003] x 2260 [2018]; vgl. Bundesamt für Statistik, T39, Entwicklung der Nominallohne, der Konsumentenpreise und der Reallohne, 1976-2015 und 2010-2018, Männer) zu bemessen. 6.2 6.2.1

Hinsichtlich der Verwertbarkeit der eingeschränkten Leistungsfähigkeit ist zu bemerken, dass angesichts der dem 1956 geborenen Beschwerdeführer im massgeblichen Zeitpunkt (des G.____-Gutachtens, vgl. BGE 143 V 431 E. 4.5.1, 138 V 457 E. 3.4) verbleibenden Aktivitätsdauer von rund sechs Jahren bis zum Erreichen des AHV-Pensionsalters sowie der bei ihm bestehenden Restarbeitsfähigkeit von 100% in körperlich leichter, wechselbelastender Tätigkeit nicht von einer Unverwertbarkeit seiner Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auszugehen ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_28/2017 vom 19. Juni 2017 E. 5.2 und 9C_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 3.2 und 6.3 mit Hinweisen). 6.2.2

Der Beschwerdeführer schöpft mit der von ihm seit 2008 bei der A.____ ausgeübten Tätigkeit die ihm attestierte Restarbeitsfähigkeit im Zeitpunkt des möglichen Rentenbeginns – wie auch in der Folgezeit bis zur angefochtenen Verfügung – nicht voll aus.

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens ist daher auf die Tabellenlohne gemäss LSE 2016 (BGE 143 V 295 E. 4.1.3) abzustellen, wobei der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) für Männer (total) in einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männer) von Fr. 5'340.-- heranzuziehen ist. Umgekehrt rechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Bundesamt für Statistik, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T03.02.03.01.04.01)

und angepasst an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2018 (Bundesamt für Statistik, T39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumen tenpreise und der Reallöhne, 2010 bis 2018, Männer) resultiert damit ein hypothetischer Jahreslohn 2018

von Fr. 67'430.-- (Fr. 5'340. -- : 40 x 41,7 : 2239 x 2260 x 12). 6.2.3

Mit dem Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Aus mass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltska tegorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. dazu BGE 134 V 64 E. 4.2.1) nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schät zen und darf 25 % nicht übersteigen. Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfä higkeit einges chränkt ist (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

A ufggrund der Merkmal e «Alter» sowie «Nationalität/Aufenthaltskategorie» ist dem 1991 in die Schweiz eingereisten, über eine Niederlassungsbewilligung C verfügenden

(Urk. 12/1 und Urk. 12/2/4) und im Zeitpunkt der angefochtenen Verfü gung rund 62-jährigen Beschwerdeführer kein Abzug zu gewähren (zu r weit erhin offenen Frage nach dem für die Prüfung des Anspruchs auf einen Abzug vom Tabellenlohn infolge Alters massgeblichen Zeitpunkt vgl. BGE 146 V 16 E. 7.1). Denn Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden hypothetischen ausgegliche nen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt und das Alter wirkt sich in diesem Tätigkeitsbereich jedenfalls nicht zwingend lohnsenkend aus (Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2018 vom 20. Februar 2019 E. 4.2 mit Hinweisen). Sodann verdienen gemäss Tabelle TA12 der LSE 2016 Männer mit Niederlassungsbewilligung C ohne Kaderfunktion zwar weniger als Schweizer, aber mehr als das für die Invaliditätsbemessung herangezogene Durchschnitts einkommen (Urteil des Bundesgericht s

8C_469/2016 vom 7. September 2016 E. 4.3.3). Weiter gilt es zu beachten, dass die Bedeutung der Dienstjahre im privaten Sektor abnimmt, je niedriger das Anforderungsniveau ist (Urteil des Bundesge richts 8 C_699/2017 vom 2 6. April 2018 E. 3.2 mit Hinweisen). Ein Teilzeitabzug steht, da dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit ganztags zumutbar ist, ausser Diskussion. Hingegen fällt ein leidensbedingter Abzug in Betracht, weil beim Beschwerdeführer laut der gutachterlichen Einschätzung den G.____ -Gutachtern selbst in körperlich leichten Tätigkeiten gewisse Einschränkungen bestehen. Allein damit lässt sich aber jedenfalls kein höherer als ei n 15%iger Abzug vom Tabellenlohn begründen .

Demnach resultiert ein hypothetisches Invalidenein kommen von mindestens Fr. 57'315.50 (= Fr. 67'430.-- x 0,85). 6.2.4

Im Vergleich zum ermittelten V alideneinkommen 2018 von

Fr. 86'841.50

ergibt sich eine Erwerbseinbusse von höchstens Fr. 29'526.-- resp. ein Invaliditätsgrad von höchstens 34 % .

7.

Die Beschwerdegegnerin hat somit einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Ergebnis zu Recht verneint. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen, soweit überhaupt auf sie einzutreten ist (vgl. E. 3.2) . 8 .

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen , soweit auf sie eingetreten wird . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom 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, zuzustellen.

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 Der Gerichtsschreiber HurstHübscher

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