

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00384 vom 31. Oktober 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-10-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00384](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00384)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00384 du 31 octobre 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00384 del 31 ottobre 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1. November 2021 ; Urk. 7/255 ). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 7/260 und Urk. 7/265 ) wies sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom

#### **E. 1.1**

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

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, KS ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da der frühest mögliche Rentenanspruch vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 entstanden ist, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

#### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

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 aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

### **E. 1.5**

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

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 seit Zusprenkung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen). 1.

### **E. 1.6**

Am 20. März 2020 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 7/207). Mit Verfügung vom 22. Juni 2020 (Urk. 7/221 ) trat die IV-Stelle auf das neue Leistungsbegehren nicht ein. Die vom Versicherten am 12. August 2020 dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 7/222/3-4 ) hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 6. November 2020 (Prozess-Nr. IV.2020.00516, Urk. 7/227 ) gut und wies die Sache an die IV-Stelle zurück, damit sie auf die Neuanmeldung vom 20. März 2020 eintrete und diese materiell prüfe.

### **E. 1.7**

Die IV-Stelle tätigte daraufhin erneut medizinische und erwerbliche Abklärungen und liess den Versicherten rheumatologisch-psychiatrisch begutachten (Expertise vom

### **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 15. Juli 2022 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm ab dem 1. September 2020 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zu neuer Beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Am 14. September 2022 (Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 28. Juni 2022 (Urk. 2) damit, dass keine Veränderung der gesundheitlichen Situation ausgewiesen sei, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirke. Es sei deshalb weiterhin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit und von einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad auszugehen. Es ständen diverse Therapieoptionen offen. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Einschränkungen hätten während der Untersuchung nicht festgestellt werden können. Die eingereichten Berichte entsprächen einer anderen Beurteilung des gleichen Sachverhaltes.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1),

es liege eine - näher dargelegte - Verschlechterung der medizinischen Situation in somatischer und psychiatrischer Hinsicht vor. Es beständen derart massive Einschränkungen aus rheumatologischer Sicht, dass die ursprüngliche Tätigkeit als Maler ohne Einhaltung von Schonkriterien überhaupt nicht mehr als zumutbar erachtet werde (S. 4-8). In einer angepassten Tätigkeit ergebe sich mindestens eine Beeinträchtigung von 30 - 50 % . Eine Ausdehnung seiner aktuellen 50%igen Tätigkeit sei ihm nicht zumutbar. Obwohl er in dieser Tätigkeit seine bisherige Berufserfahrung optimal einbringen und verwerten könne, verbleibe somit eine Erwerbseinbusse von klar über 50 % . Das Anstellungsverhältnis bestehe schon seit mehr als 6 Jahren und könne daher als sehr stabil bezeichnet werden. Ob er jemals in einer anderen Branche überhaupt Fuss fassen könne, sei angesichts seines fortgeschrittenen Alters und des fehlenden bildungsmässigen Hintergrundes äusserst fraglich. Schon deshalb erscheine die Zusprache einer halben Rente als gerechtfertigt. Auch bei einer bloss 20%igen rein rheumatologischen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergäbe sich im Übrigen ein Invaliditätsgrad von 44 % und damit zumindest ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Die rein rheumatologische Beeinträchtigung dürfte aber eher bei 40 % liegen, wobei sich ab 30 % wiederum eine halbe Rente ergebe, selbst ohne Berücksichtigung der anerkannten psychischen Probleme (S. 9- 11). 3.

Vergleichszeitpunkt für eine für die Neuanmeldung relevante Veränderung des Gesundheitszustandes bildet die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. Oktober 2018

(Urk. 7/187), mit welcher sie die bislang ausgerichtete

halbe Rente rückwirkend per Ende November 2015 aufhob. Das hiesige Gericht hiess die dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil vom 20. August 2019 (Prozess-Nr. IV.2018.01009, Urk. 7/194) teilweise gut und sprach dem Beschwerdeführer vom

1. Dezember 2015 bis 28. Februar 2018 eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung zu. Das Bundesgericht wies die vom Beschwerdeführer dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil 8C\_672/2019 vom 12. Februar 2020 ab (Urk. 7/200). Zu prüfen ist, ob sich die Situation seit dem 17. Oktober 2018 revisionsrelevant verschlechtert hat.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Vergleichszeitpunkt unter anderem auf folgende Expertise:

Med. prakt. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, und PD Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, von der B.\_\_\_\_ AG stellten in ihrem Gutachten vom 17. Januar 2018 (Urk. 7/175) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 48): - Panikstörung - Albträume - Schlafstörung - Schuhtechnisch kompensierter Beinlängenunterschied mit Varisierung der rechten Beinachse nach unklarer Operation in der Kindheit in der Türkei (ca. 1985) - postoperativ persistierende Meniskusschäden rechts (2007), links (2012) - HWS-Degeneration mit Radikulopathie C6/7 links (2007) - LWS-Degeneration mit Bandscheibenprotrusionen L3/4 und L4/5 seit 2013

Zudem hielten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 48): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode - chronische Ulzeration oberflächlich im Hautnarbenbereich linker Unterschenkel nach unklarer Operation in der Kindheit in der Türkei (ca. 1985) - Status nach Dermatose/Urtikaria unklarer Natur (2010) laut Angaben des Beschwerdeführers

Dazu führten sie aus, aus orthopädischer Sicht beständen dauerhafte Veränderungen am rechten Knie bei mehrfach operierter Meniskopathie /sekundärer medialer Gonarthrose sowie (wahrscheinlich auch als Folge einer im Kindesalter erfolgten Beinverkürzung rechts) bei rechtsseitiger Varisierung (O-Bein-Bildung) der Beinachse, was sich auf die Beweglichkeit und Belastbarkeit des Kniegelenks/der Beinachse und damit auf die Arbeitsfähigkeit als Maler (Einschränkung beim Treppensteigen, bei Arbeiten auf Gerüsten) auswirke. Dasselbe gelte in funktionell gleichem Ausmass für die Auswirkungen der degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule (Einschränkung bei Überkopfarbeiten). Aus psychiatrischer Sicht bestehe in erster Linie eine Panikstörung, verbunden mit Albträumen und Schlafstörung, die ihrerseits eine rezidivierende depressive Störung dann auslösen könne, wenn ein normales Arbeitspensum gefordert würde. Der motivierte Beschwerdeführer habe eine an seine Einschränkungen qualitativ angepasste Arbeitsstelle in einem frei gestaltbaren halbtägigen Pensum gefunden und sich so selbst teilweise eingegliedert (S. 49).

In der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit aus vorwiegend orthopädischen Gründen seit dem Gutachten der A.\_\_\_\_ (14. [richtig: 17.] Februar 2014) nicht mehr arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aus orthopädischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 50 Ziff. 3.2). Aus psychiatrischer Sicht sei er in retrospektiver Beurteilung - aufgrund der Atteste der

behandelnden Ärzte - vom 14. Februar 2014 bis 1. August 2017 auch in einer angepassten Tätigkeit nicht arbeitsfähig gewesen. Vom 2. August bis 28. November 2017 habe in einer angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen bestanden. Seither sei er in einer angepassten Tätigkeit aus psychischen Gründen noch zu 30 % eingeschränkt (S. 50). Die gebesserte depressive Störung sei vor allem der erneuten - am 4. April 2016 zu 50 % aufgenommenen (S. 39) - Berufstätigkeit geschuldet, da sich der Beschwerdeführer erheblich über seinen Beruf motiviere und Zufriedenheit erlange (S. 34 und S. 46).

Das Profil einer leidensangepassten Arbeit sei eine überwiegend sitzende, höchstens körperlich mittelschwere Tätigkeit mit leichter Wechselbelastung, gelegentlichem Stehen und Gehen, Tragen und Heben bis Lendenhöhe bis 15-25 kg, ohne überwiegendes Heben und Tragen über Brusthöhe, gelegentlichem Arbeiten (bis 10 % der Arbeitszeit) mit Besteigen von Hockern, tieferen Leitern, Treppen und Trittstufen, ohne Schicht- und Nachtdienste, mit regelmässigen Pausen und ohne Zeitdruck, ohne Verantwortung, ohne Anforderungen an die Umstellungs- und Durchhaltefähigkeit, ohne Arbeiten an laufenden Maschinen, auf höheren Leitern, Hebebühnen oder Gerüsten (S. 34 und S. 47). 5.

Die angefochtene Verfügung stütze sich unter anderem auf folgende medizinische Unterlagen: 5.1

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, spez. Rheumatologie, stellten in ihrem interdisziplinären

Gutachten vom 11. November 2021 (Urk. 7/255) folgende rheumatologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/255/8): - chronifiziertes therapierefraktäres zervikovertebrales und spondylogenes

Schmerzsyndrom mit deutlicher Belastungsabhängigkeit und recht guter Kompensation in Neutralstellung und unter Schonung - segmentale fortgeschrittene degenerative Veränderung mit höhergradiger

foraminaler Enge C5/C6 für die Wurzel C6 und ebenso C6/C7 für die Wurzel C7 - provozierbare fortgeleitete Missempfindung im Sinne einer möglichen radikulären Reizung unter Extensionsstellung der HWS - chronifiziertes, therapierefraktäres lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit lumbospondylogener /möglicher radikulärer Reizkomponente beidseits links betont - fortgeschrittene mehrsegmentale degenerative Veränderungen mit Berührung der L5- Wurzel linksbetont, geringer auch der S1- Wurzel rechts - kongenitale lumbosakrale Übergangsanomalie mit Hemisakralisation L5 links und Nearthrosbildung - belastungsabhängige Gonalgien beidseits symmetrisch, wechselnd dominant rechts/links bei - Status nach arthroskopischer Meniskusnaht medial rechts 29. Mai 2007 und bei Korbwinkel-Ruptur arthroskopische Teilsynovialektomie und Innenmeniskus-Sticherling mit Refixation des medialen Meniskus am 25. Februar 2008 - Status nach arthroskopischer Meniskusreposition mit Naht bei Korbhenkelläsion am 19. November 2012 und Re-Arthroskopie bei Re-Ruptur mit Meniskusnaht am 26. Februar 2014 links - Status nach arthroskopischer Hämatomausräumung und Spülung mit Blutstillung 1. März 2014 bei Hämarthrosbildung links - beidseits postoperative Residuen ohne Re-Meniskusläsion und ohne signifikante sekundäre Arthrosebildung

Zudem hielten sie folgende psychiatrische Diagnosen fest (Urk. 7/255/8): - depressive Episode, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, ohne somatisches Syndrom

(ICD-10 F32.10) - anamnestisch Panikstörung (ICD-10 F41.0) - psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen, Verhaltensstörung durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F11.25)

Dazu führten sie aus, rheumatologisch könne bei einem adäquaten Schmerzverhalten mit gutem Mitwirken und konstant reproduzierbaren Befunden ohne Diskrepanzen oder Inkonsistenzen eine klare Diagnose hergeleitet werden (Urk. 7/255/7).

Aus psychiatrischer Sicht sei zu berücksichtigen, dass sowohl basierend auf der Testung als auch den klinischen Kriterien von einer deutlichen Aggravation der Symptomatik auszugehen sei. Es würden daher die entsprechenden Angaben dementsprechend bewertet. Innerhalb der Untersuchung habe sich kein Hinweis auf eine gedrückte depressive Stimmung gefunden. Der Beschwerdeführer gebe an, er wolle gerne, dass alles so bleibe, wie es sei. Es würden teilweise Gefühle von Freudlosigkeit auftreten. Innerhalb der Untersuchung zeige sich ein affektiv schwingungsfähiger, auslenkbarer Beschwerdeführer. Nachvollziehbar sei ein leichtgradig ausgeprägter Interessensverlust. Eine spezifisch depressive Stimmung finde sich nicht. Eine erhöhte Ermüdbarkeit sei nicht nachweisbar. Es seien damit Interessensverlust und anamnestisch ein gewisser Antriebsmangel als Hauptsymptomatik gemäss ICD-10 zu dokumentieren. Es finde sich eine leicht gradige bis teilweise mittelgradige Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten. Innerhalb der Untersuchung hätten sich keine Einschränkungen des Selbstwertgefühls oder des Selbstvertrauens gezeigt. Der Beschwerdeführer könne sich durchsetzen und Anforderungen stellen. Es finde sich zu keinem Zeitpunkt das Gefühl von Schuld oder Wertlosigkeit, negative Zukunftsperspektiven würden nicht angegeben. Es würden anamnestisch teilweise auftretende Suizidgedanken und Schlafstörungen angegeben. Die Symptomatik sei länger als 2 Wochen dauernd anzusehen. Es fänden sich damit zwei Hauptsymptome und drei Nebensymptome. Nachvollziehbar sei damit zum aktuellen Zeitpunkt von einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen. Sowohl gemäss der Akten dokumentiert als auch in den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers finde sich seit Auftreten der depressiven Symptomatik keine vollständige Wiederherstellung der Affektivität. Gemäss ICD-10 sei damit nicht von einer rezidivierenden depressiven Erkrankung, sondern von einer depressiven Erkrankung auszugehen.

Es komme nicht zu Morgentief oder Morgenerwachen. Es komme nicht zu Appetitverlust oder Gewichtverlust. Der Beschwerdeführer gebe an, ausschliesslich als Nebenwirkung der psychiatrischen Medikamente würde es zu Libidoverlust kommen. Wenn er diese absetzen würde, habe er wieder Libido und Erektionen. Es sei damit nicht von einem somatischen Syndrom auszugehen. Es sei von einem langdauernden depressiven Syndrom auszugehen. Als Diagnose sei damit von einer depressiven Episode, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10), auszugehen (Urk. 7/255/5-6).

Zusätzlich werde innerhalb der Dokumentation des behandelnden Arztes von einer sogenannten Panikstörung ausgegangen. Der Beschwerdeführer gebe an, dass er etwa dreimal pro Monat Herzklopfen bekomme und Todesangst. Dies sei jedoch als untypischer Verlauf anzusehen. Ein klassischer Verlauf von Angst sei wellenförmig. Es komme zu Vor-Symptomen, einer langsamen Zunahme und dem plötzlichen Auftreten von Angst mit

langsamem Abflachen. Die Symptomatik, die der Beschwerdeführer angebe, sei als untypisch anzusehen. Er gebe an, es sei wie ein Schalter, der umgelegt würde. Es würde dann unmittelbar zu Angst kommen und diese würde einige Minuten dauern. Er könne die Dauer nicht genau beziffern. Es würde dann mit einem unmittelbaren, sofortigen Ende von Angst und körperlichen Symptomen aufhören. Auch physiologisch sei dies sehr ungewöhnlich, da nach panischer Angst ein sofortiges Ende der physiologischen Reaktionen wie Luftnot oder Herzklopfen unwahrscheinlich sei. Innerhalb der Untersuchung finde sich kein Hinweis auf eine Angstsymptomatik trotz Diskussion verschiedener sehr problematischer Situationen. Allein anamnestisch sei daher die Panikstörung (ICD-10 F41.0) zu dokumentieren. Von einer posttraumatischen Belastungsstörung sei nicht auszugehen, ebenso wenig von einer anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung (Urk. 7/255/6-7).

Der Beschwerdeführer selber gebe an, er sei abhängig von Tramal. Er habe bereits eigenständig versucht, das Tramal, von dem er zwischen 80 und 100 Tropfen pro Tag einnehmen würde, abzusetzen. Es sei dann zu körperlichen Entzugszeichen gekommen. Die tägliche Einnahme von 80-100 Tropfen oder mehr sei nicht mehr als adäquate Dosierung anzusehen. Es komme damit zur Toleranzentwicklung. Der Beschwerdeführer könne hier nicht kontrollieren, wieviel er einnehme. In der Gesamtsymptomatik sei hier auch von einer Problematik bezüglich der Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder des sozialen Rückzugs aufgrund der Zufuhr erheblicher Opiate auszugehen. Es komme zu depressiven Symptomen. Der Beschwerdeführer gebe an, er würde Schlafstörungen empfinden und Alpträume. Nebenwirkungen von erheblicher Opiat-Zufuhr könnten bei Entzugssymptomen von kürzer wirksamen Opiaten auch Alpträume und Schlafstörungen sein. Es sei von einer langjährigen Einnahme von Opiaten auszugehen. Es sei daher von einer psychischen und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen, psychische und Verhaltensstörung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F11.25), auszugehen (Urk. 7/255/7).

Aus rheumatologischer Sicht

erfülle die angestammte Tätigkeit als Kundenmaler mit einem 50 %-Pensum die Schonkriterien nur bedingt, auch wenn der Vorgesetzte entgegenkommend den Beschwerdeführer für gewisse Arbeitsabläufe schonen (beispielsweise keine Arbeiten auf dem Gerüst und keine wiederholten Malerarbeiten an der Decke). Jedoch habe er dennoch andauernd Beschwerden, da die Tätigkeit ausschliesslich stehend stattfinde, mit wiederholten Belastungen der Wirbelsäule und der Kniegelenke. Deshalb könne er nicht mehr als 50 % arbeiten und müsse sich immer wieder erholen. Diese Aussage sei nachvollziehbar und rheumatologisch begründet. Es bestehe damit eine volle Arbeitsunfähigkeit für eine Tätigkeit als Maler ohne Einhalten von Schonkriterien. Aus psychiatrischer Sicht sei in der angestammten Tätigkeit bei der Berücksichtigung von Schmerz, Depression, Panikattacken und Abhängigkeitserkrankung von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Es sei damit ab Februar 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in einer Tätigkeit als Maler ohne Einhalten von Schonkriterien zu dokumentieren (Urk. 7/255/12-13).

In einer angepassten Tätigkeit sei aufgrund der Schmerzen und der eingeschränkten Durchhaltefähigkeit

von einer Möglichkeit zu selbst gewählten Pausen ohne Heben schwerer Geräte und ohne Führen schwerer Gerätschaften auszugehen. Beim Beschwerdeführer liegt eine Opiat-Abhängigkeit vor. Das Führen schwerer Maschinen sei hier kontraindiziert. Eine ideale Tätigkeit für ihn wäre leicht bis höchstens zeitweise mittelschwer mit wechselnden Arbeitspositionen sitzend und stehend, verbunden mit kurzen Wegstrecken und dem Einhalten der oben ausgeführten Schonkriterien. Dennoch aber würden Schmerzen persistieren, da es sich um 3 Etagen handelt, nämlich HWS, LWS und beide Kniegelenke und dadurch bedingt dominiert je nach biomechanischer Belastung die eine oder die andere Etage betreffend Beschwerden. Es sei nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer

regelmässig Pausen einhalte, auch Ruhephasen, dann sei die Kompensation wesentlich besser wie beispielsweise heute anlässlich der Untersuchung nach dem Wochenende. Zusammenfassend könne man angeben, dass eine einigermaßen gute Kompensation so lange bestehe, als

die erwähnten Schonkriterien eingehalten werden könnten, mit idealem Ablauf der Arbeitspositionen und unter Einhalten wiederholter kurzer Pausen. Falls er in einer ideal angepassten Tätigkeit eingesetzt werden könnte, wäre die Arbeitsfähigkeit höher, der rheumatologische Gutachter schätze sie im Bereich von 80 % . 20 % Arbeitsunfähigkeit seien notwendig, um eine einigermaßen gute Kompensation und das wiederholte Einhalten von kurzen Pausen zu berücksichtigen. Eine solche angepasste Tätigkeit sei ab Januar 2018 gemäss rheumatologischer Dokumentation zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht seit Januar 2010 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. In der Gesamtbewertung sei damit seit Januar 2010 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer entsprechend angepassten Tätigkeit auszugehen (Urk. 7/255/13-14). 5.2

Der behandelnde Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, wies in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 19. Januar 2022 (Urk. 7/264) zu Händen des Beschwerdeführers unter anderem darauf hin, dass anlässlich der Begutachtung eine Maske getragen worden sei, wodurch aufgrund der eingeschränkten Wahrnehmung des mimischen Ausdrucks die Einschätzung der emotionalen Befindlichkeit deutlich erschwert sei, was auch bezüglich der Schilderung von Bedrohungssituationen sowie in Bezug auf das angebliche Fehlen erheblicher Zeichen von Stress gelte (S. 3-5). Dass der Beschwerdeführer auf keinen Fall einen anderen Beruf als jenen des Malers ausüben möchte, habe seinen triftigen Grund darin, dass es nahezu die einzige Quelle sei, aus welcher sich sein Selbstwert speise. Ihm diese zu nehmen, hiesse - psychologisch gesprochen - ihm eine für seine berufliche und persönliche Identität zentrale Gratifikationsquelle zu entziehen. Dies würde sich mit Sicherheit negativ auf seine Psyche und damit auf die verbliebene Arbeitsfähigkeit auswirken (S. 7). Die Aussage im Gutachten, beim Beschwerdeführer zeige sich eine geringgradig ausgeprägte Motivation zur Therapie, sei nicht nachvollziehbar. Seit Behandlungsbeginn

hätten 174 Präsenz- und 150 telefonische Konsultationen stattgefunden. Eine stationäre Behandlung, welcher der Beschwerdeführer sehr kritisch gegenüberstehe, dürfe nicht leichtfertig angeordnet werden (S. 11-12). 5.3

Der behandelnde Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, führte in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 21. Februar 2022 (Urk. 7/267) zu Händen des Beschwerdeführers aus, trotz der Bescheinigung fortgeschrittener degenerativer Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule und konsekutiver deutlicher

Belastungseinschränkung werde eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % beziehungsweise 20 % attestiert. Dies erscheine diskussionswürdig, da der Beschwerdeführer glaubhaft eine Zunahme der Beschwerden berichte, die anhand der strukturellen Veränderungen auch nachvollziehbar seien. Es resultiere eine höhere Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit als die zugestandenen 20 % bereits alleine durch die Lendenwirbelsäule. Nehme man die Probleme im Halswirbelsäulenbereich hinzu, würden sicher 30 - 40 % adäquat erscheinen, um dem Beschwerdeführer gerecht zu werden. Dies zumal er bereits seit längerem maximal kompensiert sei und im angestammten Beruf als Maler eine 50%ige Arbeitsfähigkeit aufrecht erhalte, was eigentlich schon eher über dem Maximum liege (S. 1).

## **E. 6**

hiervor).

### **E. 6.1**

Das interdisziplinäre Gutachten der Dres. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ vom 11. November 2021 (E. 5.1 hiervor) beruht auf den erforderlichen rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander.

Sie zeigten auf, dass aus rheumatologischer Sicht weder Diskrepanzen noch Inkonsistenzen festgestellt und eine klare Diagnose hergeleitet werden konnten. Der rheumatologische Gutachter wies darauf hin, dass es seit dem Vergleichszeitpunkt zwar zu relevanten degenerativen Veränderungen am Achsenskelett gekommen ist, dies aber nicht zu einer Abnahme der zumutbaren Arbeitsfähigkeit geführt hat und es somit nicht zu einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen ist. Weiter wies er darauf hin, dass im Vorgutachten der B.\_\_\_\_ AG

(E. 4 hiervor) in etwa unverändert Beschwerden bestanden hätten wie heute. Die Beurteilung einer vollen Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein volles Pensum für eine leidensangepasste Tätigkeit erachtete er jedoch als zu wenig begründet, da der Beschwerdeführer darauf angewiesen sei, repetitiv Pausen zwecks Erholung einzuhalten. Er hielt deshalb eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit für ausgewiesen

(Urk. 7/255/12 1 und 12 4).

Der psychiatrische Gutachter leitete die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom sowie einer Verhaltensstörung durch Opioidabhängigkeit (Abhängigkeitssyndrom) her und begründete, weshalb er die Diagnose einer Panikstörung lediglich anamnestisch stellen konnte, die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie einer anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung hingegen ganz verneinen musste. In der angestammten Tätigkeit als Maler erachtete er den Beschwerdeführer als zu 50 % arbeitsfähig, in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit seit Januar 2010 als zu 30 % eingeschränkt. Die Gutachter gelangten sodann gesamthaft zur begründeten Ansicht, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Maler nicht mehr, in einer seinen Beschwerden angepassten Tätigkeit hingegen seit Januar 2010 zu 70 % arbeitsfähig ist. Das

Gutachten entspricht damit den recht sprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.

### **E. 6.2**

Soweit der Beschwerdeführer das Gutachten aus somatischer Sicht mit Verweis auf die Ausführungen des behandelnden Dr. I.\_\_\_\_ kritisierte, ist dazu festzuhalten, dass dieser insbesondere darauf hinwies, dass es zu einer Zunahme der Beschwerden gekommen sei (E. 5.3 hiervor). Entgegen seiner Ansicht wurde die Veränderung des Gesundheitszustandes von Gutachter Dr. G.\_\_\_\_ aber durchaus als relevant erachtet und berücksichtigt, im Unterschied zu Dr. I.\_\_\_\_ war Dr. G.\_\_\_\_

jedoch der Ansicht, dass die Veränderungen nicht zu einer Abnahme der zumutbaren Arbeitsfähigkeit führen. Gründe, weshalb auf das Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden kann, nannte er keine und sind auch nicht ersichtlich. Bei der Einschätzung von Dr. I.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer auch in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit lediglich zu 60 - 70 % arbeitsfähig sein soll, handelt es sich damit lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung, ohne dass unbeachtet gebliebene Befunde, Diagnosen oder funktionelle Einschränkungen genannt worden wären. Ohnehin ist nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer in einer den Beschwerden optimal angepassten Tätigkeit lediglich zu durchschnittlich 65 % arbeitsfähig sein soll, wenn es ihm doch seit Jahren möglich ist, in einer seinen Beschwerden nicht ausreichend angepassten Tätigkeit in einem 50 % -Pensum zu arbeiten. Auf das somatische Teilgutachten ist demnach abzustellen.

### **E. 6.3**

Zur Stellungnahme des behandelnden Dr. H.\_\_\_\_

zum psychiatrischen Teilgutachten (E. 5.2 hiervor) ist darauf hinzuweisen, dass Dr. H.\_\_\_\_ unter anderem die von Dr. F.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen kritisierte (Urk. 7/264 S. 1-4). Nachdem invalidenversicherungsrechtlich jedoch nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens entscheiden d ist, sondern dessen konkrete Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C\_228/2013 vom 26. Juni 2013 E. 4.1.4), ist darauf nicht weiter einzugehen, wurde die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ bezüglich Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers doch von Dr. H.\_\_\_\_

nicht in Frage gestellt. Seine Vorbringen bezüglich Aggravation und Behandlung (S. 5-13) sind im Rahmen der nachfolgenden Indikatorenprüfung zu berücksichtigen. Dass Dr. F.\_\_\_\_ infolge der getragenen Masken nicht in der Lage gewesen sein soll, eine posttraumatische Belastungsstörung zu diagnostizieren beziehungsweise Hinweise auf eine depressive Stimmung und erhebliche Zeichen von Stress zu erkennen, wie dies Dr. H.\_\_\_\_ einwandte (S. 3-5), ist nicht nachvollziehbar. Dr. F.\_\_\_\_ ist FMH zertifizierter Facharzt und medizinischer Gutachter SIM und es ist zu erwarten, dass er trotz Maske in der Lage ist, die Befragung korrekt durchzuführen, die Befunde richtig zu erheben sowie beurteilen zu können, welche Diagnosen zu stellen sind, zumal nicht davon auszugehen ist, dass es sich um seine erste Exploration gehandelt hat, anlässlich welcher eine Maske getragen werden musste. Das Vorbringen von Dr. H.\_\_\_\_, wonach die vom Beschwerdeführer ausgeübte 50%ige Tätigkeit als Maler ihm wesentliche Befriedigung verschaffe, was bei einer angepassten Tätigkeit nicht der Fall wäre (S. 7), mag aus therapeutischer Sicht nachvollziehbar sein. In invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht ist dies jedoch unbeachtlich, wenn wie vorliegend mit der angestammten Tätigkeit die insgesamt vorhandene Leistungsfähigkeit nicht ausgeschöpft wird. Weiter kritisierte der

Beschwerdeführer ,

dass nicht nachvollziehbar sei, weshalb er in der angestammten Tätigkeit zu 50 %, in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit hingegen zu 70 % arbeitsfähig sein soll ( Urk. 1 S. 6-7 ). Nachdem die gutachterlich festgehaltene Arbeitsfähigkeit nachfolgend , wenn auch nur

im Rahmen einer Eventualbegründung, ohnehin einer Überprüfung unterzogen wird (E. 8) , ist darauf hier nicht weiter einzugehen. Die Vorbringen des Beschwerdeführers beziehungsweise seines behandelnden Psychiaters vermögen nach dem Gesagten die Beweiskraft des psychiatrischen Teilgutachtens nicht in Frage zu stellen.

### **E. 7**

Ein in invalidenversicherungsrechtlich relevanter Revisionsgrund ist vorliegend nicht erstellt . So erachteten die Gutachter Dres . F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers übereinstimmend als seit Januar 2018 - und damit als seit vor dem Vergleichszeitpunkt - unverändert. Auch der Stellungnahme von Dr. H.\_\_\_\_ (E. 5.2 hiervor) ist keine Veränderung des Zustandes seit dem Vergleichszeitpunkt zu entnehmen. Dass es seit dem Vergleichszeitpunkt zu anderen somatischen Diagnosen gekommen ist, sagt zudem entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers ( Urk. 1 S. 4-6) bezüglich einer Veränderung der Arbeitsfähigkeit nichts aus, ist doch - wie bereits dargelegt - invalidenversicherungsrechtlich nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens entscheidend , sondern dessen konkrete Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Dr. G.\_\_\_\_ wies diesbezüglich darauf hin, dass es seit dem Vergleichszeitpunkt zu degenerativen Veränderungen am Achsenskelett gekommen ist, hielt jedoch explizit fest, dass es dadurch nicht zu einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes beziehungsweise zu einer Abnahme der zumutbaren Arbeitsfähigkeit gekommen ist. Weiter hielt er fest, dass im Vorgutachten der B.\_\_\_\_ AG (E. 4 hiervor) in etwa unverändert Beschwerden bestanden wie anlässlich seiner Begutachtung, er anders als die Vorgutachter aber von einer 80%- statt 100%igen Arbeitsfähigkeit ausging. Bei seiner Arbeitsfähigkeitseinschätzung handelt es sich damit um eine revisionsrechtlich unbeachtliche unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts. Es ist entsprechend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Hinweis auf einen aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unveränderten Sachverhalt abwies. Selbst wenn aber angesichts der Zunahme der degenerativen Veränderungen und der gutachterlich attestierten somatischen Leistungseinschränkung von 20 % in angepasster Tätigkeit ein veränderter Sachverhalt ausgewiesen und der Rentenanspruch allseitig zu prüfen wäre, würde dies mit Blick auf die nachfolgenden Ausführungen nichts daran ändern, dass nach wie vor ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad besteht.

### **E. 8**

.2

Von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kann damit aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein wie vorliegend grundsätzlich beweiskräftiges Gutachten dadurch seinen Beweiswert verliere (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3). Dabei handelt es sich nicht um eine losgelöste juristische Parallelüberprüfung, vielmehr wurden die funktionellen Auswirkungen der vom

Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden von Dr. F.\_\_\_\_

im Lichte der massgeblichen Indikatoren nicht schlüssig und hinreichend nachvollziehbar dargelegt. So weist Dr. F.\_\_\_\_ etwa darauf hin, dass es sehr aussergewöhnlich ist, dass der Beschwerdeführer trotz Panikattacken ohne Einschränkungen Auto fahren und die öffentlichen Verkehrs mittel nutzen kann. Trotz Angabe eines bis schweren Leidensdruck s werden gemäss Dr. F.\_\_\_\_

multiple Therapieoptionen zu keinem Zeitpunkt wahrge nommen. Dr. F.\_\_\_\_ fand eine klare Unterscheidung zwischen den anamnes tischen Angaben und dem Untersuchungsbefund, der Beschwerdeführer nutzte auswendig gelernte ICD-10-Begriffe, gab diese jedoch mit fehlender Affektivität und ohne Nachvollziehbarkeit an, seine Äusserungen verblieben immer wieder im Plakativen und Allgemeinen. Innerhalb der Untersuchung fanden sich immer wieder widersprüchliche Angaben. Es zeigte sich ein affektiv auslenkbarer und schwingungsfähiger Beschwerdeführer. Sowohl innerhalb der Aktenlage und der Darstellung des Therapeuten als auch innerhalb der anamnestischen Darstellung fand sich eine vollständig andere Dokumentation der Symptomatik. Die Sympto matik der Panikstörung bewertete Dr. F.\_\_\_\_ als atypisch. In der Gesamt bewertung der klinischen Kriterien ging Dr. F.\_\_\_\_ ähnlich wie bei der Testung von einer schwergradigen Antwortverzerrung im Sinne von Aggravation aus ( Urk. 7/255/89-91 ). Trotz all dieser klar gegen das Vorliegen einer Arbeitsu n fähigkeit sprechenden Umstände erachtete der Gutachter den Beschwerdeführer ohne weitere diesbezügliche Begründung als zu 30 % b eziehungsweise in der angestammten Tätigkeit gar als zu 50 % eingeschränkt, was nicht nachvollzieh bar ist. Eine Indikatorenprüfung aus juristischer Sicht drängt sich im Rahmen der Beweiswürdigung damit auf (vgl. dazu auch BGE 148 V 49 E. 6.2).

## **E. 9**

.3.7

Zusammenfassend ist bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indi katoren eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer Arbeitsunfähigkeit aus psychischer Sicht führen könnte, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, wobei darauf hinzuweisen ist, dass selbst bei einer - vorliegend nicht ausgewiesenen - Arbeitsunfähigkeit von 30 %

aus psychischen Gründen kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Invaliditätsgrad bestehen würde.

## **E. 9.4**

Nach dem Gesagten ist der Beschwerdeführer in einer seinen Beschwerden angepassten Tätigkeit mindestens zu 80 % arbeitsfähig.

Von weiteren medizi nischen Abklärungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf - entgegen de m vom Beschwerdeführer diesbezüglich gestellten Antrag ( Urk. 1 S. 11) - in antizipier ter Beweiswürdigung ( vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) zu ver zichten ist.

## **E. 10**

.

Soweit der Beschwerdeführer die Verwertbarkeit seiner Restarbeitsfähigkeit in Frage zu stellen scheint (vgl. Urk. 1 S. 10), ist festzuhalten, dass das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln ist, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C\_118/2015 vom 9. Juli 2015 E. 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 Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. 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 Einzelfalles 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 (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (BGE 138 V 457 E. 3.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Gemäss BGE 138 V 457 richtet sich der Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, nach dem Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit (E. 3.3). Als ausgewiesen gilt die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 143 V 431 E. 4.5.1; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.4).

Vorliegend war die medizinische Zumutbarkeit einer Teilerwerbstätigkeit im Zeitpunkt der Begutachtung durch die Dres. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_, mithin im November 2021, ausgewiesen. Der Beschwerdeführer war dann

rund 55 Jahre alt. Ihm stand damit für einen Berufswechsel noch ein Zeitraum von fast 10 Jahren zur Verfügung. Diese Aktivitätsdauer reicht grundsätzlich - selbst bei einer Restarbeitsfähigkeit im Umfang von 80% - aus, um eine neue einfache Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sich einzuarbeiten und die Arbeit auszuüben. Der bildungsmässige Hintergrund des Beschwerdeführers wirkt sich bei den ihm zumutbaren Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1

dabei nicht negativ aus (Urteil des Bundesgerichts 8C\_192/2022 vom 7. Juli 2022 E. 7.2). Die Verwertbarkeit seiner zumindest 80%igen Restarbeitsfähigkeit in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit ist demnach zu bejahen. 1 1 . 1 1 . 1

Zu prüfen bleibt im Rahmen der Eventualbegründung, wie sich das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

Der für die Invaliditätsbemessung und damit den Rentenanspruch massgebende 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 (BGE 130 V 343 E. 3.4.2). 1 1 .2

Für die Ermittlung des Valideneinkommens, also des Einkommens, welches die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte, wird in der Regel am zuletzt erzielten Verdienst angeknüpft. Gemäss den Angaben im Arbeitgeberfragebogen vom 8. September 2008 verdiente der Beschwerdeführer in seiner Tätigkeit als Maler zuletzt Fr. 72' 540. -- (

### **E. 13**

x Fr. 5'580.--; Urk. 7/11 /3 ), was hochgerechnet auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im Jahr 2020 (vgl. Indices 2008: 2092 und 2020: 2298, Entwicklung der Nominallöhne, Bundesamt für Statistik, T39, Männer) einem Jahreseinkommen von Fr. 79' 683 . 05 entsprochen hätte. 1 1 .3 1 1 .3.1

Das Invalideneinkommen ist gestützt auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) 201 8 festzulegen, nachdem der Beschwerdeführer in seiner ausgeübten Tätigkeit als Maler im 50 % - Pensum die ihm verbliebene Arbeitsfähigkeit nicht in zumutbarer Weise voll ausschöpft und deshalb nicht auf seinen tatsächlich erzielten Verdienst als Invalidenlohn abgestellt werden kann. Der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) für Männer in einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (TA1, Total, Kompetenzniveau 1) beläuft sich auf Fr. 5' 417.--. Dies ergibt aufgerechnet auf das Jahr 2020 (vgl. Indices 2018: 2260 und 2020: 2298, Entwicklung der Nominallöhne, a.a.O.) und unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T 03.02.03.01.04.01) bei einer

80 %igen Arbeitsfähigkeit ein Jahreseinkommen von Fr. 55' 124.90 . 1 1 .3.2

Umstände, welche einen leidensbedingten Abzug rechtfertigen würden, liegen keine vor, ist doch insbesondere der erhöhte Pausenbedarf des Beschwerdeführers bereits bei der Arbeitsfähigkeit von 80 % berücksichtigt. Entgegen seiner Ansicht (Urk. 1 S. 10) rechtfertigt auch die Teilzeitarbeit keinen Abzug vom Invalideneinkommen. Denn nach der neueren Praxis des Bundesgerichts ist ein Abzug bei Männern wegen Teilzeitbeschäftigung nicht mehr automatisch vorzunehmen. Ob sich eine entsprechende Reduktion rechtfertigt, ist stets mit Blick auf den konkreten Beschäftigungsgrad und die jeweils aktuellen Werte zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_561/2018 vom 4. März 2019 E. 4.3.1). Gemäss LSE 2018 Tabelle T18 erzielen Männer ohne Kaderfunktion in einer Teilzeittätigkeit von 75 - 89 % ein höheres Einkommen als in einer 100%igen Tätigkeit, womit beim Beschwerdeführer folglich kein Leidensabzug infolge Teilzeitarbeit zu berücksichtigen ist. Für die Berechnung des Invaliditätsgrades ist damit auf ein Invalideneinkommen von Fr. 55'124.90 abzustellen.

11. 4

Aus dem Vergleich des Valideneinkommens mit dem Invalideneinkommen ergibt sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 31 %. Dies führt zur Abweisung der

Beschwerde.

Darauf hinzuweisen bleibt, dass selbst bei einem - vorliegend nicht angezeigten - Leidensabzug von 10 % kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Invaliditätsgrad resultieren würde. 1 2 .

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 9 00.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem unter liegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 9 00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostspflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christoph Häberli - 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  
Die Gerichtsschreiberin Gräub Lanzicher

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