

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00621 vom 14. Juli 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-07-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00621](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00621)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00621 du 14 juillet 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00621 del 14 luglio 2023

## Erwägungen

### 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.

### E. 1.2

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, K S ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

### E. 1.3

Die angefochtene Verfügung datiert vom 28. Oktober 2022 und erging somit nach dem 1. Januar 2022. Die zu beurteilende Neuanmeldung ging jedoch bereits im März 2021 bei der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 5/253-254), womit die sechs monatige Karenzfrist nach Art. 29 Abs. 1 IVG im Jahr 2021 endete. Während der für den RAD tätige Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Dr. med. E.\_\_\_\_, sodann in Betracht zog, dass die Schädigung des rechten Kniegelenks überwiegend wahrscheinlich seit dem Jahr 2020 bestehe und Einfluss auf das Zumutbarkeitsprofil habe (Urk. 5/329/3), wurde im C.\_\_\_\_-Gutachten eine gesundheitliche Verschlechterung ab Januar 2022 angenommen. Dies wurde mit demnach bildmorphologisch nachgewiesenen degenerativen spinalen Veränderungen begründet, die zu einem Verlust der bisherigen Restarbeitsfähigkeit als Gleisbauer führen würden

(Urk. 5/327/265 f. und 5/327/331). Die Wirbelsäulen-Vorbefunde aus dem Jahr 2017 (Urk. 5/295/1-3) wurden gutachterlich nicht diskutiert (Urk. 5/327/326-329).

Ob der frühestmögliche Rentenbeginn vor oder nach dem 1. Januar 2022 liegt, braucht indessen nicht abschliessend geklärt zu werden, falls mit der Beschwerdegegnerin ein

rentenbegründender Invaliditätsgrad zu verneinen ist. Nachstehend werden die Rechtsvorschriften daher zunächst in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung zitiert und angewendet. Anschliessend

wird jeweils erläutert, ob sich diesbezüglich unter der aktuell geltenden Rechtslage neue Aspekte ergeben bzw. inwieweit diese zu einer abweichenden Beurteilung führen.

2.

#### **E. 1.4**

Der Versicherte zog nach A.\_\_\_\_ um ( Urk. 5/251) und führte mit seiner Tochter und seinem Sohn (dem aktuell nun einzigen Gesellschafter und Geschäftsführer der B.\_\_\_\_ GmbH, vgl. www.zefix.ch ) während mehrere Jahre ein Restaurant, wobei er als Koch und Geschäftsführer sowie im Service tätig war ( Urk. 5/249/2 , 5/251, 5/253/6 oben , 5/255 und 5/327/306 , 352 ).

Am 30.

September 2020 liess er seinem Unfallversicherer melden, er sei zuhause ausgerutscht und habe sich an der rechten Hand, dem rechten Bein und dem linken Oberschenkel verletzt ( Urk. 5/266/2 ; Leistungsübersicht

Urk. 5/282 f. ).

In der Folge meldete er sich wegen

einer Innenmeniskusläsion mit Belastungs- und Ruheschmerzen im Januar 2021 zur Früherfassung ( Urk. 5/236) und im März 2021 (Urk. 5/253) zum Leistungsbezug bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, an. Nachdem neue Arztberichte vorlagen ( Urk. 5/2

#### **E. 2**

6. April und 1. Mai 2012 observieren ( Urk. 5/168-170 ).

Der regionale Ärztliche Dienst (RAD) beurteilte den Observationsbericht ( Urk. 5/174) und führte am 15. Mai und 22. Juni 2012 eine eigene psychiatrische Exploration durch ( Urk. 5/183). Gestützt auf seine Beurteilung verneinte die IV-Stelle des Kantons Graubünden nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren

mit Verfügung vom 10. November 2014 einen erneuten Rentenanspruch des Versicherten ( Urk. 5/199). Die von ihm dagegen erhobene Beschwerde ( Urk. 5/20

#### **E. 2.1**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

#### **E. 2.2**

Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art. 7 ATSG 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 ausgleichlichen Arbeitsmarkt (Abs. 1). 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). Diese Bestimmung wurde per 1. Januar 2022 nicht geändert.

### **E. 2.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG sowohl vor wie auch nach dem 1. Januar 2022 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 ausgleichlicher Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

### **E. 2.4**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung 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; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). Bei einer Neuanschuldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine, 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

Anlass zu einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (bzw. zu einer Rentengewährung nach Neuanschuldung) gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente (bzw. dem letzten negativen Leistungsentscheid), die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich. Liegt in diesem Sinn ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_495/2018 vom 14. Januar 2019 E. 3.2 mit Hinweis insbesondere auf BGE 141 V 9 E. 2.3).

### **E. 2.5**

Hervorzuheben ist, dass die Rentenrevision (wie gesagt) eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads voraussetzt, mit anderen Worten muss die

Sachverhaltsänderung « rentenwirksam » sein . Für eine Renten anpassung genügt es somit noch nicht, dass « irgendeine » Veränderung im Sach verhalt eingetreten ist. Eine hinzu getretene oder weggefallene Diagnose stellt folglich nicht per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der erheblichen Gesundheitsverbesserung oder -verschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (vgl. oberwähntes Bundesgerichtsurteil 8C\_495/2018 mit Hinweis insbesondere auf BGE 141 V 9 E. 5. 2 ) .

Die mit der Neuanmeldung geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung muss demnach letztlich zu einem Mindestinvaliditätsgrad von 40 % führen, nur so ist sie rentenwirksam. E in Zusammenhang mit den per 1. Januar 2022 in Art.

17 Abs. 1 ATSG verankerten Schwellenwerte für die Revision einer laufenden Rente besteht dabei nicht, weshalb diese keine analoge Anwendung finden können. So kann abhängig vom vorbestehenden Invaliditätsgrad bereits eine kleine Veränderung des Gesundheitszustands zu einer

Viertelsrente führen oder aber eine grössere Veränderung nicht anspruchsbegründend sein.  
3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid , gestützt auf das C.\_\_\_\_-Gutachten sei dem Beschwerdeführer eine der Gesundheit angepasste Tätigkeit seit jeher möglich, so dass er ein rentenausschliessendes Einkommen erwirtschaften könne. Ein psychisches Leiden mit Auswirkungen auf die Arbeits fähigkeit sei nicht nachvollziehbar ( Urk. 2). Bezüglich des im Prozess eingereichte n Arztbericht s vom 5. Mai 2023 ergänzte sie mit Eingabe vom 1. Juni 2023, dieser datiere nach Verfügungserlass und erhalte keine Angaben zur Arbeits fähigkeit im Beurteilungszeitraum ( Urk. 13). 3.2

Dem hielt der Beschwerdeführer entgegen, dass er gemäss seinen Behandlern auf grund von Rücken- und Knieschmerzen sowie einer Depression und Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auch für (körperlich) leichte Tätigkeiten voll arbeitsunfähig sei. Es sei eine gutachterliche Stellungnahme zu den im Vorbe scheidverfahren eingereichten Arztberichten nötig. Insbesondere sei die psychi atrische Exploration durch den Gutachter sehr kurz gewesen, während der behandelnde Psychiater ihn nun schon sehr gut kenne ( Urk. 1). 4. 4.1

Grenze des Beurteilungszeitraums bildet

der Zeitpunkt der angefochtenen Verfü gung (etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_141/2021 vom 8. Juli 2021 E. 4.4). In Anbetracht des in E. 2 Ausgeführten setzt die Bejahung eines Rentenanspruchs des Beschwerdeführers demnach voraus, dass sich sein

Gesundheitszustand

bis zum 28. Oktober 2022 – verglichen mit dem medizinischen Sachverhalt, welcher dem Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden S 14 174 vom 1.

September 2015 zugrunde lag

( Urk. 5/211) –

in anspruchrelevanter Weise verschlechtert hat. Erforderlich ist

somit sowohl unter bisherige m

wie auch unter neu e m Recht eine veränderte Befundlage, die zugleich zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % führt. 4.2

In der jüngsten interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 24. Mai 2022 kamen die

C.\_\_\_\_-Gutachter zum Schluss, bildmorphologisch bestünden (bei schon an lage bedingt engem Spinalkanal, vgl. Urk. 5/327/328) mehrsegmentale degenerative Veränderungen mit Nachweis einer (neu aufgetretenen, vgl. Urk. 5/327/333) Spinalkanalstenose im Segment L WK 3/L WK 4 ohne assoziierten namhaften orthopädisch-neurologischen Störungsbefund. Dementsprechend seien körperlich häufig schwere Arbeiten ungeeignet und bestehe in der angestammten Tätigkeit als Gleisbauer seit Januar 2022 ( dazu Urk. 5/327/331) keine Arbeitsfähigkeit mehr. In körperlich leichten bis mittelschweren

Arbeiten, die wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt würden, sei der Beschwerdeführer 100 % arbeitsfähig. Auch rückblickend ergäbe sich kein ausreichender Anhalt für eine dauerhafte Minderung der Arbeitsfähigkeit in einer solchen

Tätigkeit. Die mögliche Dysthymie (ICD-10: F34.1) habe keine Auswirkungen auf die Belastbarkeit in der angestammten oder einer

so matisch angepassten Tätigkeit ( zum Ganzen: vgl. Urk. 5/327/263-266) .

Die Befunde und Anamnese spräche n nicht für eine namhafte Limitation von Selbständigkeit, Selbstversorgungsfähigkeit, sozialer Integration oder Aktivität ( ergänzend Urk. 5/327/328: genannt würden soziale Kontakte zu Familie und Kollegen, Freizeitaktivitäten wie Spazierengehen, Schwimmen und die Begleitung der Tochter zur Schule wie auch die Übernahme einiger Hausarbeiten ; im Detail zudem Urk. 5/327/352 f. ) . Belastungsfaktoren in der Familie oder im weiteren sozialen Umfeld mit funktioneller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liessen sich nicht erkennen. Die Plausibilitätsprüfung zeige zudem keinen wirksamen Analgetikaspiegel, was den Angaben zum Schmerzmittelbedarf und zur Schmerzbeeinträchtigung widerspreche. Auch habe kein konsistenter schmerzgeplagter klinischer Eindruck bestanden ( vgl. Urk. 5/327/263). 4.3 Ergänzend bzw. präzisierend ist dem orthopädischen Teilgutachten zu entnehmen, die angefertigte MRI-Bildgebung beider Kniegelenke beschreibe nur geringe degenerative Veränderungen. Im MRI-Bericht vom 13. Januar 2022 sei zudem zervikal ebenfalls kein namhafter Störungsbefund zu erheben gewesen. Aufgrund der bildmorphologischen lumbalen Spinalkanalstenose und zusätzlich hypertrophen Facettengelenksarthrosen in den Segmenten LWK2-5 seien körperlich schwere Arbeiten und Tätigkeiten, die ausnahmslos im Stehen und Gehen zu verrichten seien, dauerhaft nicht mehr leistbar. Es sei nicht zu erwarten, dass die vom Behandler im Januar 2022 vorgeschlagene und bis anhin nicht wahrgenommene

epidurale Infiltration bzw. gegebenenfalls

operative Dekompression die Belastbarkeit beeinflussen würde

(vgl.

Urk.

5/327/328 -330). Die im Z.\_\_\_\_-Gutachten aus dem Jahr 2007 genannte Bewertung der Belastbarkeit widerspreche der eigenen gutachterlichen Einschätzung dahingehend, als die

Arbeitsfähigkeit in

der körperlich schwer belastenden Tätigkeit als Gleismonteur damals noch mit 50%ig bestätigt worden sei (bei ebenfalls voller Arbeitsfähigkeit in einer angepassten leichten bis regelmässig mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit, Urk. 5/327/327 oben) . Aus aktueller Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit , vor allem aufgrund der lumbalen Spinalkanalstenose, indessen 0 %

( vgl. Urk. 5/327/ 328 und 5/327/ 331).

Die ermittelte Diskrepanz im Finger-Boden- und Finger-Zehen-Abstand, für die es keine biomechanische Plausibilität gebe, deute

sodann auf eine bewusstseinsnahe Beschwerdedemonstration hin (vgl. Urk. 5/327/ 329) .  
4.4

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde ferner erörtert , insbesondere wirkten Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit allenfalls leichtgradig bzw. nicht beeinträchtigt , so dass es in erhebliches depressives Syndrom derzeit nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren sei, allenfalls ein subsyndromaler Verstimmungszustand. Bezüglich einer möglichen affektiven Störung seien zwei abgrenzbare Phasen psychischer Beeinträchtigung zu erfragen – nach dem Unfall im Jahr 1999 und während der selbstständigen Tätigkeit Ende der 2010er-Jahre.

Ein Persönlichkeitsstörung liege nicht vor. Zwar liessen sich biografische Belastungsfaktoren erfragen, jedoch sei anhand der anamnestischen und aktienkundigen Angaben eine zunächst ausreichende psychosoziale Entwicklung gelungen ( vgl. Urk. 5/327/357).

Es bestehe auch keine somatoforme Schmerzstörung. Ein den berichteten Schmerzen zugrundeliegender , erheblicher und unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt sei anamnestisch nicht herauszuarbeiten. Ein Zusammenhang der Symptomatik zur affektiven Störung bzw . Dysthymie sei aber erkennbar und plausibel (Schmerzverstärkung bei psychischem Stress, vgl. Urk. 5/327/358).

Es fänden sich sodann deutliche Diskrepanzen sowohl bezüglich der geschilderten affektiven Beeinträchtigung und der ausweislich des psychopathologischen Befundes zu objektivierenden Störungen, aber vor allem auch bezogen auf die Schmerzausprägung und -intensität: Berichtet würden höchste Schmerzen mit einer Intensität von 8 bis 10 auf der Schmerzskala (VAS), wogegen klinisch in keiner Weise ein schmerzgeplagter Eindruck bestehe (kein Schonsitzen, keine Schonhaltung, keine vegetativen oder affektiven Schmerzentäusserungen). Darüber hinaus

seien in der Laboruntersuchung keine wirksamen Serumspiegel der angegebenen Schmerzmittel nachweisbar gewesen . Dies ziehe den Beschwerde vortrag insgesamt in Zweifel ( vgl. Urk. 5/327/ 361 ) .

Vor dem Hintergrund der zu objektivierenden, insgesamt eher leichtgradig ausgeprägten vegetativen und affektiven Beeinträchtigungen und unter Berücksichtigung der genannten Diskrepanzen sei eine höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit belegt. Erhebliche funktionelle Beeinträchtigungen seien nicht erkennbar. Zu erfragen seien weitgehend erhaltene Ressourcen in Form von familiärer und sozialer Einbindung, Alltagsselfständigkeit und Fähigkeit zur Selbstversorgung, inklusive des Führens eines Personewagens, und des Unternehmens von

Fernreisen ( Urk. 5/327/ 361 ).

Der Beschwerdeführer stehe derzeit nicht in psychiatrischer / psycho - therapeutischer Behandlung , die er zurückliegend auch nicht als hilfreich erlebt habe. Eine Psychopharmakaeinnahme werde verneint. Eine zwingende Behandlungsindikation sei nicht zu erkennen ( Urk. 5/327/370 f.)

Aktenkundig fänden sich uneinheitliche Bewertungen des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit ( vgl. im Detail: Urk. 5/327/359 f.) . Hinweise auf das Vor liegen einer rezidivierenden affektiven Störung mit daraus resultierender passagerer , zumindest partieller Arbeitsunfähigkeit lägen vor ; eine überdauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei jedoch nicht dokumentiert.

Die genannte somatoforme Schmerzstörung sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge seien nicht invalidisierend bewertet worden . Insbesondere gutachtlich bzw. durch den RAD sei eine überdauernde funktionelle Beeinträchtigung mehrfach verneint worden, so dass sich in der Gesamtschau keine erhebliche Diskrepanz zur aktuellen Einschätzung ergebe (vgl. Urk. 5/327/360). Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei somit unverändert (vgl. Urk. 5/327/368 unten). 5. 5. 1

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

## **E. 5**

) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden mit Urteil S 14 174 vom 1. September 2015 ab ( Urk. 5/211).

## **E. 5.2**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.). 5. 3

Wie sich aus der vorstehenden Zusammenfassung ergibt, erfüllt das jüngste C.\_\_\_\_-Gutachten die vom Bundegericht postulierten beweisrechtlichen Anforderungen an eine medizinische Beurteilung . Es basiert auf umfassenden eigenen Untersuchungen sowie einer aktuellen Bildgebung . Zudem werden darin die Vorakten ausführlich gewürdigt . Bei nur geringfügigen neuen degenerativen Bildbefunden an Knie und Wirbelsäule (dazu Urk.

5/327/6 f. und 5/327/237 f.), behandlungsanamnestisch kaum fassbarem Leidensdruck (vgl. Urk. 5/327/352 oben und Urk. 5/327/256 «Laborbefund»), ohne Anhaltspunkte für massgebliche Einschränkungen im Alltag (vgl. Urk. 5/327/352, 5/327/304 unten und 5/327/315) und Hinweisen auf eine (nach der Observation, etwa Urk. 5/211/25 f.) weiterhin unzuverlässige Beschwerdeschilderung

(vgl. Urk. 5/327/329 Mitte und 5/327/361)

ist die Arbeitsfähigkeitseinschätzung

der C.\_\_\_\_-Gutachter nicht nur nachvollziehbar, vielmehr steht diese schlüssig

weitestgehend im Einklang mit den teils gerichtlich bestätigten medizinischen Einschätzungen anderer externer Experten (Gesamtbewertung der Z.\_\_\_\_-Gutachter [Urk. 5/94/22 ff.] bestätigt mit Urteil des Bundesgerichts 9C\_798/2009 vom 12. Januar 2009, insbesondere E. 3.3 [Urk. 5/126]) und fachkundiger RAD-Ärzte

(umfassende RAD-Abklärung im Jahr 2012 [Urk. 5/183/22 ff.] bestätigt mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden S 14 174 vom 1. September 2015, insbesondere E. 10a [Urk. 5/211]; aktuelle RAD-Stellungnahmen [Urk. 5/329/3, 5/329/8 und 5/340/3]). Was der Beschwerdeführer hiergegen vorbrachte, verfährt nicht. 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens rügte der Beschwerdeführer eine zu kurze Exploration und stützte sich im Übrigen auf den nachträglich beigebrachten Bericht seines Behandlers (vgl. E. 3.2).

Von

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, wurde dem Beschwerdeführer am 19.

September 2022

nach drei Konsultationen eine volle Arbeitsunfähigkeit infolge einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwergradigen depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2),

einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1), einer gemischten dissoziativen Störung (ICD-10: F44.7), einer Panikstörung (ICD-10: F41.0) und anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) attestiert (vgl. Urk. 5/338/1-3).

### **E. 6.2**

In Bezug auf die Berichte von behandelnden Arztpersonen ist vorweg auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungen

auftrag der therapeutisch tätigen Fachperson 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 zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.).

### **E. 6.3**

Es ist deshalb hervorzuheben, dass der Beschwerdeführer Dr. F.\_\_\_\_ nach der C.\_\_\_\_-Begutachtung und vor der Berichterstattung lediglich dreimal aufsuchte. Es kann somit nicht von einer längeren Behandlung gesprochen werden. Ebenso wenig setzte sich Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Bericht mit den Vorakten auseinander. Die Behauptung, jener habe sich vom Beschwerdeführer ein umfassenderes

und besseres Bild als der C.\_\_\_\_-Gutachter machen können, entbehrt somit jeder Grundlage.

Zudem erlebte der Beschwerdeführer die frühere psychiatrische Behandlung nicht als hilfreich (vgl. Urk. 5/327/362 oben) und nahm erst

Ende des letzten Verwaltungsverfahrens

wieder eine solche

auf (vgl. auch Urk. 5/280), was darauf hindeutet, dass dies weniger aufgrund eines entsprechenden Leidensdrucks, sondern mit dem Ziel einer Berentung geschah.

Den im Bericht offensichtlich falschen (allenfalls bloss vertauschten) Daten kommt daneben keine eigenständige Bedeutung mehr zu: Ob etwa

die letzte Konsultation bei der Berichterstattung tatsächlich bereits wieder zwei Monate zurücklag oder

die Behandlungsaufnahme

sogar unmittelbar auf den Erhalt des

Vorbescheides vom 30.

Juni 2022 (Urk. 5/330) erfolgte, ist insoweit nicht entscheidend. 6.4

Was den Inhalt des Berichts von Dr. F.\_\_\_\_

anbelangt, ist auf die schlüssige fachärztliche Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_

vom 24. Oktober 2022 zu verweisen. Sie hielt fest, es fehle an einer Anamnese, insbesondere einer Trauma-Anamnese, so dass zusammen mit den Vorakten (mindestens seit dem Jahr 2004) eine PTBS nicht plausibel nachvollziehbar sei. Völlig unklar sei, wie die Diagnose einer gemischten dissoziativen Störung zustande gekommen sei. Auch die Panikstörung könne nicht klar nachvollzogen werden, zumal völlig unklar sei, wie oft die beschriebenen Symptome überhaupt vorkämen und solche in der C.\_\_\_\_-Begutachtung nicht erwähnt worden seien. Wie der Behandler zum Schluss gekommen sei, es bestünden

psychisch bedingte Schmerzen, könne nicht nachvollzogen werden. Die (beschriebene) depressive Symptomatik würde zwar einer schweren Depression entsprechen, allerdings sei im Gutachten lediglich eine mögliche Dysthymie angegeben worden und eine Aggravation oder gar Simulation könne nicht ausgeschlossen werden (vgl. Urk. 5/340/3).

Zu ergänzen ist, dass Dr. F.\_\_\_\_ auch die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwergradige depressive Episode, nicht nachvollziehbar herleitete. Im ersten Medas -Gutachten vom 2. September 1999 wurde beim Beschwerdeführer eine Somatisierungsstörung mit depressiv-hypochondrischen Anteilen und Rückzugshaltung diagnostiziert (Urk. 5/67 f.), im Juni 2004 hielt der Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ jedoch fest, eine längere depressive Reaktion sei weitgehend remittiert, die depressive Stimmung sei aufgelöst (Urk. 5/18/1, 5/18/4). Auch die Z.\_\_\_\_ Gutachter hielten im September 2007 dafür, der Beschwerdeführer sei nicht mehr depressiv (Urk. 5/94/15). Im RAD-Gutachten von Mai/Juni 2012 wurde festgehalten, es liege keine depressive Störung im Sinne des ICD-10 Kapitels F32/33 vor (Urk. 5/183, insbes. S. 26). In der Neuanschuldung des Beschwerdeführers von März 2021 findet sich kein Hinweis auf eine psychische Gesundheitsschädigung (Urk. 5/253), und der Beschwerdeführer verneinte auf Nachfrage der Beschwerdeführerin, dass eine psychiatrische Behandlung stattgefunden (Urk. 5/280 f.). Die behandelnden Ärzte stellten denn im Zusammenhang mit der Neuanschuldung auch keine psychiatrischen Diagnosen; sie wiesen lediglich darauf hin, es gehe dem Beschwerdeführer psychisch nicht gut (Urk. 5/275/6, 5/288). Die von Dr. F.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung setzt voraus, dass es in der Vergangenheit wiederholt zu depressiven Episoden gekommen ist (vgl. ICD-10 F33), was nach dem Gesagten gerade nicht zutrifft, weshalb diese Diagnose unfundiert ist. 6. 5

Es bleibt anzufügen, dass bei einem psychischen Leiden entsprechend dem berichtetem Ausmass auch Suizidgedanken zu erwarten gewesen wären, dass sich in Dr. F.\_\_\_\_s Bericht mitunter

Angaben zu einer engmaschigen psychiatrischen und psychopharmakologischen Behandlung finden, und der Beschwerdeführer einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik wahrnimmt.

Dr. F.\_\_\_\_s Befunderhebung

lässt sich letztlich nur damit erklären, dass er unkritisch auf die subjektiv vom Beschwerdeführer berichteten und demonstrierten Beschwerden abstellte, was er insofern auch einräumte, als er anmerkte, er könne keine simulativen oder aggravativen Tendenzen feststellen (Urk. 5/338/2 unten).

Dabei fehlt es in seinem Bericht an einer nachvollziehbaren Plausibilitätsprüfung. Es werden weder

für den Beschwerdeführer schwierige Situationen im Alltag

noch sein Aktivitätensniveau oder seine effektiven sozialen Kontakte thematisiert. Auf die erheblichen Diskrepanzen zu den Vorakten – sei es mit Bezug auf die Diagnosestellung, das Ausmass des psychischen Leidens oder den wiederholten massgeblichen Einfluss psychosozialer Faktoren, etwa bei abschlägigen Rentenbescheiden – ging Dr. F.\_\_\_\_ ebenso wenig ein. Im Übrigen

tat er auch keine gesundheitliche Verschlechterung nach der C.\_\_\_\_-Begutachtung dar. Vor dem Hintergrund der zahlreichen aktenkundigen medizinischen Abklärungen, der sich

nach den Rentenbescheiden richtenden Erwerbsbiographie

sowie des behandlungsanamnestisch fragwürdigen Leidensdrucks erscheint ein e solche  
Berichterstattung

nicht geeignet, um Zweifel am Ergebnis der C.\_\_\_\_ - Begutachtung zu wecken. 6. 6

Ferner trifft es zwar zu, dass sich unter Umständen auch anhand der aufgewendeten Zeit  
bestimmt, ob eine Expertise als inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig gelten  
kann.

Wie viel Aufwand im Einzelfall zu betreiben ist, hängt indes von der Fragestellung und  
dem zu beurteilenden Beschwerdebild ab; in letzter Konsequenz kann deshalb, je nach  
Natur der abzuklärenden Frage, selbst ein reines Aktengutachten den nötigen Beweis  
erbringen.

Ein Zeitrahmen für die Untersuchung lässt sich nicht allgemeingültig festlegen. So wird  
auch in Ziff. 3 der «Qualitätslinien für versicherungspsychiatrische Gutachten» der  
Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom 16.

Juni 2016 nur eine «angemessene» Dauer mit genügend Zeit für eine umfassende  
Anamnese und ein vollständiges Bild der Befundlage verlangt. Über die Akten erschliessen  
sich dem Gutachter häufig so viele Anhaltspunkte für seine Beurteilung, dass der in der  
Untersuchung gewonnene Eindruck vor allem bestätigend wirkt (Urteile des  
Bundesgerichts 9C\_747/2011 vom 10. Februar 2012 E. 2.2.2 und ferner 9C\_170/2009 vom  
6. Mai 2009 mit zahlreichen Hinweisen).

#### **E. 6.7**

Mit dem Z.\_\_\_\_ -Gutachten ( Urk. 5/94/12 ff.) und der RAD-Abklärung

aus dem Jahr 2012 ( Urk. 5/183) lagen bei der C.\_\_\_\_ - Begutachtung bereits zwei  
umfassende psychiatrische Untersuchungen vor, auch wenn diese längere Zeit zurück lagen  
. Die psychiatrische Exploration des C.\_\_\_\_ -Gutachters dauerte gemäss dessen Angaben  
von 12.00 bis 13.30 Uhr (vgl. Urk. 5/327/366 oben), womit er sich

durchaus

die Zeit nahm, die Anamnese zu vervollständigen und die aktuelle Befundlage zu eruieren.  
Insbesondere aber werden im Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ keine nachvollziehbaren wesentlichen  
Aspekte

( z.B. konkret es Trauma, näher beschriebene Zwangsideen oder -handlungen, eindeutig  
einer dissoziativen Störung zuzuordnende Symptome oder gar eine im Alltag stark  
einschränkende Somatisierungsstörung ) dargetan, die der C.\_\_\_\_ -Gutachter übersehen  
hätte .

Solche

Aspekte ergeben sich erst recht nicht aus den Berichten der übrigen Behandler, die  
über keine psychiatrischen Fachkenntnisse verfügen. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für  
Allgemeine Innere Medizin, hielt ohne nähere Begründung fest, der Beschwerdeführer  
könne aufgrund der orthopädischen und «psychischen Erkrankungen» ( neben der  
Aufrechterhaltung der sozialen Strukturen und familiären Pflichten) nicht

vollzeitig, sondern maximal zwei Stunden ( gemeint wohl pro Tag) in einer angepassten Arbeit tätig sein ( vgl. Urk.

5/338/4). Dr. med. J.\_\_\_\_ , praktischer Arzt, beschrieb den Beschwerdeführer – ebenfalls ohne Befunde zu nennen –

als «deutlich alteriert–ängstlich-depressiv » ( vgl. Urk.

5/338/5) , was nicht dem von Dr. F.\_\_\_\_ gezeichneten Bild ( apathisch, ausdruckslos, starr und psychomotorisch eingeschränkt )

entspricht.

### **E. 6.8**

Aus medizinischer Sicht ist deshalb gestützt auf das C.\_\_\_\_ -Gutachten weiterhin nicht von einem invalidisierenden

psychischen Leiden

auszugehen, das

die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers massgeblich einschränken würde (vgl. E.

4.4 letzter Abschnitt) . 7 . 7 .1

Bezüglich der Knie- und Rückenbeschwerden legte der Beschwerdeführer im Verwaltungsverfahren Berichte von Dr. med. I.\_\_\_\_

vom 13. Juli 2021 ( Urk. 5/33/8/4) und Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 2. September 2022 ( Urk. 5/338/5 f.) auf, wovon letzterer den C.\_\_\_\_ -Gutachtern bekannt war ( Urk. 5/327/235 f. ).

Die darin angetönten Bildbefunde wurden

im C.\_\_\_\_ -Gutachten berücksichtigt (vgl.

E. 4.2). Ansonsten

wurde in den Berichten einzig die subjektive Beschwerdeklage wiedergegeben, wonach sitzen oder stehen von mehr als zwei Stunden unannehmlich, fast störend sei bzw.

verschiedenen Orts Schmerzen beständen. Dass der Beschwerdeführer über explizit seit dem Unfall bestehende Schmerzen klagt, vermög indessen weder eine gesundheitliche Verschlechterung seit Aufhebung der Rente zu begründen, noch Zweifel

an der fachärztlichen Arbeitsfähigkeitseinschätzung im

C.\_\_\_\_ -Gutachten zu wecken . Zusätzliche Beschwerden, vorab eine radikuläre Symptomatik, werden nicht dargelegt . Die von Dr. J.\_\_\_\_

erwähnten Leistenhernien beidseits sowie die Nabelhernie bezeichnete jener selbst als «operationswürdig» ; diese sind somit behandelbar. 7.2

Am 24. April 2023, also während des laufenden Prozesses, liess sich der Beschwerdeführer im Universitätsspital D.\_\_\_\_ , Klinik für Rheumatologie, nochmals eingehend abklären . Im Bericht vom 5. Mai 2023 wurde festgehalten, dass nach wie vor ein panvertebrales Schmerzsyndrom bestehe, wobei gemäss klinischer Untersuchung weiterhin primär von einer myofaszialen Herkunft auszugehen sei. Differentialdiagnostisch sei eine facetäre

« Mitbeteiligung » bei segmentaler Dysfunktion der Facettengelenke L4/5 und L5/S1 links denkbar und die Möglichkeit einer Facettengelenksinfiltration sei besprochen worden. Bei fehlendem Ansprechen in der Vorgeschichte wolle der Beschwerdeführer damit noch zuwarten (vgl. Urk.

## **E. 8**

ATSG) sind.

Nach bisherigem Recht besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % 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).

Gemäss dem per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Art. 28b Abs. 1 IVG

wird die Höhe des Rentenanspruchs weiterhin in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt, wobei nach wie vor ein Mindestinvaliditätsgrad von 40 % vorausgesetzt wird und ab einem Invaliditätsgrad von 70 % Anspruch auf eine ganze Rente besteht. Neu gilt jedoch ein detailliert festgeschriebenes, stufenloses System.

### **E. 8.1**

Es ist anzufügen, dass das Bundesgericht mit BGE 143 V 418 entschied, dass grundsätzlich sämtliche psychischen (wie die psychosomatischen)

Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind, da sie wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich sind

(E. 6 und 7).

### **E. 8.2**

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E.

2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden 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).

Beweisrechtlich entscheidend ist jeweils der verhaltensbezogene Aspekt der «Konsistenz», worunter die verhaltensbezogenen Indikatoren «gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» und «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» fallen (etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4; BGE 141 V 281 E. 4.1).

### **E. 8.3**

Auch in dieser Hinsicht vermag das C.\_\_\_\_ -Gutachten zu überzeugen, wonach die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht höhergradig eingeschränkt sein kann. Wie im C.\_\_\_\_ -Gutachten ausgeführt, ist der Beschwerdeführer familiär und sozial gut eingebunden, im Alltag selbständig, nutzt die öffentlichen Verkehrsmittel und führt den eigenen Personewagen, hilft im Haushalt mit und geht gerne spazieren (vgl. Urk. 5/327/352).

Ein Leidensdruck lässt sich behandlungsanamnestisch nach drei ausgewiesenen psychiatrischen Konsultationen, deren zeitlicher Konnex zum Vorbescheid darüber hinaus augenfällig ist, nicht bestätigen. Dass die Behandlungsoptionen längst nicht ausgeschöpft sind, versteht sich dabei von selbst. Im Übrigen ist es dem Beschwerdeführer nach Aufhebung der Rente trotz der fortwährend geklagten Beschwerden und abgebrochenen Arbeitsversuche gelungen, über mehrere Jahre mit einem eigenen Restaurant im ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein (vgl.

Sachverhalt E. 1.3 und 1.4).

Soweit schliesslich soziale Belastungen (wie etwa die allgemein bekannte schwierige Situation in der Gastronomie während der Covid-19-Pandemie oder die angefochtene IV-V-Erfügung) direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, müssen sie ausgeklammert bleiben (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3). Die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind zudem im Umfang der vom Beschwerdeführer – etwa aus der Observation (vgl. Urk. 5/211/25 f.), der Gegenüberstellung von C.\_\_\_\_ -Gutachten und Dr. F.\_\_\_\_s Bericht oder der gutachterlichen klinischen Untersuchung (vgl.

Urk. 5/327/329) ersichtlichen – Verdeutlichungstendenzen zu bereinigen (zur Aggravation: etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_462/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.2).

#### **E. 8.4**

Folglich lässt sich auch aus der Optik des Rechtsanwenders, der die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen auf ihre sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite hin zu prüfen hat, keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer bzw. psychosomatischer Beschwerden bestätigen. 9.

#### **9.1**

Nach dem vorstehend Ausgeführten genügt das Ausmass der gesundheitlichen Verschlechterung nicht

für die Bejahung eines Revisionsgrundes im Sinne von

Art. 17 Abs. 1 ATSG, der eine allseitige Neuprüfung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers erlauben würde. Es ist davon auszugehen, dass er

weiterhin in körperlich leichten bis mittelschweren Arbeiten, die wechselbelastend (teilweise sitzend) oder überwiegend sitzend ausgeübt werden, 100 % arbeitsfähig ist. 9.2

Im Übrigen wurden die Berechnungsgrundlagen des Einkommensvergleichs vom Beschwerdeführer nicht bestanden. Für die Festsetzung des Valideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin nicht auf den von ihm

in der Gastronomie tatsächlich erzielten Lohn ab (maximal Fr. 60'700.--, Urk. 5/255; ergänzend Urk. 5/251), sondern berücksichtigte zu seinen Gunsten die angestammte Tätigkeit als Gleisbauer, in der seit der ersten Berentung eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von

mindestens 50 % besteht . Hierfür stützte sie sich

auf den Zentralwert von Fr. 5' 731 .-- gemäss der Schweizerische n Lohnstrukturerhebung (LSE) 20 20 des Bundesamtes für Statistik (BFS), TA1\_tirage\_skill\_level, Baugewerbe, 41-43, Kompetenzniveau 1, Männer ( Urk. 2 S. 3 ; Urk. 5/340/4 ).

Für die

Bemessung des Invalideneinkommens erachtete sie zu Recht den

Medianlohn für Hilfsarbeiter gemäss der LSE 20 20 (Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Zentralwert , Total 5-96 , Männer) als massgeblich . Dieser beträgt Fr. 5' 261 . -- ( Urk. 5/340/4 ) . Selbst unter Berücksichtigung eines (für das gutachterlich definierte Belastungsprofil ohnehin nicht angemessenen ) maximalen Abzugs von 25 % vom letztgenannten Tabellenlohn (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc) resultiert

angesichts dieser Vergleichszahlen kein Mindestinvaliditätsgrad von 40

%. Es besteht daher kein Anspruch auf eine Rente, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 10.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin VogelBonetti

## E. 11

S. 2 f.). 7.3

Im Übrigen wurde im Bericht der Universitätsklinik K.\_\_\_\_ vom 26. Januar 2022 bloss festgehalten, dass die geklagten Beschwerden am ehesten mit der Spinalkanalstenose L3/4 korrelieren würden (Urk. 5/327/240), während im Bericht vom 1. April 2022 zum offenen MRI (mit gegenüber dem geschlossenen MRI ver schlechterter Bildqualität) vor allem eine schwere Spinalkanalstenose L2/3 angegeben wurde (Urk. 5/327/238). 7. 4

Demnach ergibt sich aus den Berichten der Behandler – insbesondere den vom Beschwerdeführer zur Unterstützung seiner Argumentation herangezogenen –

kein schlüssiges organisches Korrelat für die geklagten Beschwerden und deren Ausmass, dem bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im C.\_\_\_\_-Gutachten zu wenig Rechnung getragen worden wäre. Ausgeschlossen sind gemäss gutachterlichem Zumutbarkeitsprofil körperlich schwere Arbeiten und solche, die ausnahmslos im Stehen und Gehen zu verrichten sind (vgl. E. 4.3).

Gestützt wird die gutachterliche Einschätzung durch die fachärztlichen Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie. Er kam am 20.

April 2021 zum Schluss, dass aufgrund der Bildbefunde des rechten Knies vorwiegend stehende und gehende Tätigkeiten, und (folglich selbstredend) auch andere intensiv kniebelastende Arbeiten im Knien, Hocken oder Kauern, nicht mehr zumutbar seien (vgl. Urk.

5/329/3). In seiner Stellungnahme vom 10.

September 2021 beurteilte er

die bis dahin vorliegenden

Bildbefunde der Lendenwirbelsäule als maximal mässige Degenerationen ohne korrelierenden klinischen Befund (vgl. Urk. 5/329/8). Eine akute Verschlechterung lässt sich dem späteren MRI vom 13. Januar 2022 bei schon anla gebedingt engem Spinalkanal nicht entnehmen (vgl. Urk. 5/327/238).

Wie das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden in E. 7 und 3a seines Urteil vom 1.

September 2015 sinngemäss erwog, bestand bei der letzten materiellen Beurteilung in Ermangelung neuer objektivierbarer Befunde kein Anlass für eine erneute radiologische Abklärung: Der physische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe seit der Beurteilung im Jahr 2008 keine wesentliche Verschlechterung erfahren (vgl. Urk. 5/211/24-26). Jene Beurteilung

beruhe in erster Linie auf dem Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 18. September 2007, wonach dem Beschwerdeführer leichte bis regelmässig mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten mit einer 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit zumutbar seien (vgl. Urk. 5/211/11).

Damit ist aus somatischer Sicht nur eine geringfügige zusätzliche Einschränkung des Zumutbarkeitsprofils – nämlich keine Arbeiten im Knien, Hocken, Kauern oder ausschliesslich im Gehen und Stehen – festzustellen. Diese zusätzliche Einschränkung ist nicht mit einschneidenden erwerblichen Auswirkungen verbunden. Insbesondere wies das Bundesgericht wiederholt darauf hin, dass auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (E. 2.2)

auch leichte Hilfsarbeiten

ohne besondere Anforderungen an die Qualifikationen vorwiegend sitzend angeboten w ü  
rden

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_500/2021

vom 9. Dezember 2021 E. 6.1), 8.

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