

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00069 vom 30. Dezember 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-12-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00069

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00069 du 30 décembre 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00069 del 30 dicembre 2024

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 IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der im September 2022 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab März 2023 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

Entsprechend sind die ab 1. Januar 2022 gültigen Rechtsvorschriften anwendbar .

E. 1.2

Invaliddität 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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invaliddität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein.

Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.004

x 1.023). 6.3

Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten nach Artikel 25 Absatz 3 IVV bestimmt. Bei versicherten Personen nach Artikel 26 Absatz 6 IVV sind in Abweichung von Artikel 25 Absatz 3 IVV geschlechtsunabhängige Werte zu verwenden (Art. 26 bis Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind rechtsprechungsgemäss grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 150 V 67 E. 4.2, 143 V 295 E. 4.1.3). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das P.____ t deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 4. Aufl. 2022, N. 93 f. zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 6. 4

Der Medianlohn für Hilfsarbeiten von Männern

belief sich

gemäss

LSE 202 0

für das Jahr 202 0 auf Fr. 5'261.-- pro Monat (LSE 202 0 , Tabelle TA1, Total Männer, Kompetenzniveau 1). Umgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total; vgl. www.bfs.admin.ch, Statistiken, Arbeit und Erwerb) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von -0.2 im Jahr 2021, 0.9 im Jahr 2022 und

E. 1.4

Die Annahme einer Invalidität setzt stets ein medizinisches Substrat voraus, das (fach-) ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nachgewiesenermassen wesentlich beeinträchtigt (Urteile des Bundesgerichts 8C_43/2023 vom 29. November 2023 E. 5.1 und 8C_544/2022 vom 3. März 2023 E. 2.4). Der im Hinblick auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung geltende enge (bio-psychische) Krankheitsbegriff klammert soziale Faktoren so weit aus, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden hingegen auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1 mit Hinweisen). Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie ausgeklammert, gilt es doch sicher zu stellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte

Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 mit Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 5a; vgl. auch BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Psychosoziale Belastungsfaktoren können jedoch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Integrität als solcher führen, welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, wenn sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner Folgen verschlimmern (Urteile des Bundesgerichts 8C_213/2022 vom 4. August 2022 und 9C_311/2021 vom 23. September 2021 E. 4.2, je mit Hinweisen). Praxisgemäss spielt es keine Rolle, dass psychosoziale oder soziokulturelle Umstände bei der Entstehung einer Gesundheitsschädigung einen wichtigen Einfluss gehabt hatten, sofern sich inzwischen ein eigenständiger invalidisierender Gesundheitsschaden entwickelt hat (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_105/2023 vom 10. Juli 2023 E. 5.1 mit Hinweisen). Eine krankheitswertige Störung muss umso ausgeprägter vorhanden sein, je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren das Beschwerdebild mitprägen (Urteil des Bundesgerichts 8C_43/2023 vom 29. November 2023 E. 5.2 mit Hinweisen) .

E. 1.5

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Abs. 4):

Invaliditätsgrad	prozentualer Anteil
49 Prozent	47.5 Prozent
48 Prozent	45 Prozent
47 Prozent	42.5 Prozent
46 Prozent	40 Prozent
45 Prozent	37.5 Prozent
44 Prozent	35 Prozent
43 Prozent	32.5 Prozent
42 Prozent	30 Prozent
41 Prozent	27.5 Prozent
40 Prozent	25 Prozent

E. 1.6

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 ausgeglichenen 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 Invaliditätgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik massgebend.

E. 1.7

% im Jahr 2023 (Nominallohnindex, Männer, 2021-2023, T1.1.20, Total) resultiert bei dem noch möglichen 80 %-Pensum ein Invalideneinkommen von rund Fr. 53'921.-- im Jahr 2023

(Fr. 5'261.-- : 40 x 41,7 x 12 x 0.998 x 1.009 x 1.017 x 0.8). 6.5

6.5.1

Zu prüfen bleibt insbesondere, wie es sich mit einem leidensbedingten Abzug verhält. Die Beschwerdegegnerin verneinte die Gewährung eines leidensbedingten Abzuges, zumal in der 20%igen Leistungsminderung der Pausenbedarf beziehungsweise die selbstbestimmte Pausenregelung bereits berücksichtigt sei (vorstehend E. 2. 1). Dagegen machte der Beschwerdeführer bezogen auf den leidensbedingten Abzug geltend, dass nebst dem neu eingeführten Pauschalabzug von 10 % nach Art. 26 bis Abs. 3 IVV seine persönlichen und beruflichen Merkmale weiterhin zu berücksichtigen seien (Urk. 1 S. 8 Rz. 2). Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass er bei der Ausübung von Hilfsarbeiten mit sehr eingeschränktem Leistungsprofil, mit seiner fehlenden Ausbildung und den schlechten Deutschkenntnissen seine Restarbeitsfähigkeit nur mit unterdurchschnittlichem Erfolg verwerten können (Urk. 1 S. 10 Rz. 12). Es sei demnach ein leidensbedingter Abzug in der Höhe von mindestens 20 % vorzunehmen (Urk. 1 S. 11 Ziff. 13). 6.5.2

Diesbezüglich gilt vorab zu beachten, dass das Bundesgericht

mit

Urteil 8C_823/2023 vom

8.

Juli 2024, wie bereits erwähnt (vorstehend E. 1. 7), die auf den 1. Januar 2022 in Kraft gesetzte

und bis 31. Dezember 2023 in Kraft gewesene

Fassung

von

Art. 26 bis Abs. 3 IVV, wonach, wenn

die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1 bis von 50 Prozent oder weniger tätig sein

kann,

vom Tabellenlohn

zehn Prozent für Teilzeitarbeit

abzuziehen waren, als bundes rechtswidrig qualifiziert hat.

Das Bundesgericht hat

in

diesem

Urteil

die

neue Bestimmung von Art. 26 bis Abs. 3 IVV

insoweit

als gesetzeswidrig

qualifiziert,

als dass

damit die bisher bestehende Möglichkeit des Abzugs vom Tabellenlohn in weiten Teilen aufgegeben werden sollte . Bestehe

aufgrund der gegebenen Fallumstände Bedarf an einer über den Teilzeitabzug

hinausgehenden Korrektur,

sei

ergänzend auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze zum Abzug vom Tabellenlohn zurückzugreifen (E. 10

des erwähnten Urteils). Die Kritik des Bundesgerichts beschlägt indessen nicht den in der neuen Bestimmung vorge sehenen Teilzeitabzug, der im Übrigen nicht danach differenziert, ob es um eine voll- oder eine teilerwerbstätige Person geht, sondern in beiden Fällen auf die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit abzielt und bei einer Leistungsminderung von mindestens 50 %

gewährt werden soll (Urteile

des Bundesgerichts

8C_243/2023 E. 7.5 und

8C_823/2023 vom

8. Juli 2024 E. 9.5.3.6.1).

Der Beschwerdeführer ist hinsichtlich seiner Äusserung, wonach in seinem Fall der neu ab 1. Januar 2024 eingeführte Pauschalabzug gemäss Art. 26 bis Abs. 3 IVV zu berücksichtigten sei (vorstehend E. 6.5.1) , darauf hinzuweisen ,

dass mit Blick auf den für die richterliche Überprüfungs befugnis massgeblichen Zeitpunkt des Verfügungserlasses (BGE 129 V 167 E. 1)

vom 27 .

Dezember 2023 (Urk. 2)

eine Anwendung der am

1. Januar 2024

in Kraft

getretenen erneuten Änderung von

Art. 26 bis Abs. 3 IVV von vornherein ausser Betracht fällt (Urteile des Bundesgerichts 8C_243/2023 vom 5. September 2024 E. 7.5 und 8C_823/2023 vom 8. Juli 2024 E. 9.5.3.5.1). 6.5. 3

Der Beschwerdeführer machte unter Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 9C_395/2022 vom 4. November 2022 E. 4.5.3 geltend, dass das von der RAD-Ärztin Dr. P. ___ formulierte Belastungsprofil, wonach ihm nur noch eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Überkopfarbeit, ohne Zwangshaltungen und ohne erhöhte Verletzungsgefahr sowie ohne erhöhte Anforderungen an die Aufmerksamkeit mit selbstbestimmten Pausen möglich sei, derart einschränkend wirke, dass ein leidensbedingter Abzug von mindestens 10 % gerechtfertigt sei (Urk. 1 S. 10 Rz. 10).

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers erweisen sich die im von ihm genannten Entscheid des Bundesgerichts zu würdigenden Einschränkungen der versicherten Person als weitaus gravierender, als sie gemäss dem für den Beschwerdeführer geltenden Belastungsprofil anzunehmen sind.

Gemäss der bisherigen Rechtsprechung des Bundesgerichts ist ein Leidensabzug gerade dann nicht gerechtfertigt, wenn die gesundheitlichen Einschränkungen oder die eingeschränkte Leistungsfähigkeit beziehungsweise das eingeschränkte Rendement vom medizinischen Experten in der von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeit bereits berücksichtigt wurden (Urteil des Bundesgerichts 8C_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2 und 3.3). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhielt, wurde der erhöhte Pausenbedarf des Beschwerdeführers bereits im um 20 % reduzierten Arbeitspensum berücksichtigt.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass er über keine Berufsausbildung verfüge und bisher in der Schweiz nur in einer körperlich mittelschweren bis schweren Tätigkeit als Bauarbeiter gearbeitet habe, weshalb damit zu rechnen sei, dass er selbst bei unqualifizierter Hilfsarbeit des untersten Anforderungsniveaus nur mit einem unterdurchschnittlichen erwerblichen Erfolg rechnen könne (Urk. 1 S. 10 Rz. 11), kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden.

So sind mangelnde Sprachkenntnisse oder ungenügende Ausbildung nicht abzugsrelevant, da diesen Aspekten bei der Wahl des Kompetenzniveaus Rechnung zu tragen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_549/2019 vom 26. November 2019 E. 7.7; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2023 vom 4. Juni 2024 E. 4.3). Auch die beim Beschwerdeführer vorliegende langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt wirkt sich rechtsprechungsgemäss nicht zwingend lohnsenkend aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2023 vom 4. Juni 2024 E. 4.3 mit Hinweisen). 6. 6

Demnach ergibt sich ab rentenrelevantem Zeitraum ab März 20 23 bei einem Valideneinkommen von rund Fr. 72'754.-- und bei einem In valideneinkommen von rund Fr. 53'9 21.-- eine Einkommenseinbusse von Fr. 18'833.--, was einem rentenanspruchsausschliessenden Invaliditätsgrad von rund 26 % entspricht. Daran, dass kein Rentenanspruch resultiert, würde auch die Gewährung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % nichts ändern.

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

7.1

Da die Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. Urk. 4), ist dem Beschwerdeführer antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche

Prozessführung zu bewilligen und es ist ihm Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug, als unentgeltliche

Rechtsvertreterin zu bestellen. 7.2

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer

aufzuerlegen, infolge Bewilligung der

unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.3

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat von der ihr mit Gerichtsverfügung vom 15. März 2024 eingeräumten Möglichkeit, ihre Honorarnote einzureichen (Urk.

9 S. 2 Ziff. 2 Abs. 2), keinen Gebrauch gemacht. Sie ist somit unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und beim massgebenden Stundenansatz von Fr. 220.--

(zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise mit Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 1. Februar 2024 (Urk. 1 S. 2) wird dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und es wird ihm

in der Person von Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zürich, eine

unentgeltliche

Rechtsvertreterin bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug, wird mit Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert

E. 1.10

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanschuldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.). 1. 11

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2).

Berichten des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) nach Art. 49 Abs. 2 IVV

kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Selbst eine Aktenbeurteilung ohne eigene Untersuchung kann beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen der RAD (Urteile des Bundesgerichts 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1 und 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

E. 2

) damit, dass mit Verfügung vom 30. Mai 2011 letztmals ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente abgelehnt worden sei. Damals sei davon ausgegangen worden, dass er in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter auf dem Bau nicht mehr arbeitsfähig sei. In einer der Gesundheit angepassten Tätigkeit sei er damals voll arbeitsfähig gewesen. Nach Erhalt des Zusatzgesuchs vom 20. Oktober 2022 seien medizinische Berichte bei den Behandlern angefordert worden. Die angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter werde aus gesundheitlichen Gründen weiterhin für nicht zumutbar erachtet, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Dabei sei der vermehrte Pausenbedarf beziehungsweise die selbstbestimmte Pausenregelung bereits berücksichtigt. Der durchgeführte Einkommensvergleich ergebe einen rentenan spruchsausschliessenden Invaliditätsgrad von 26 %.

Dass die aus versicherungsmedizinischer Sicht zumutbare Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten gemäss der Verfügung vom 30. Mai 2011 im Rahmen der Selbsteingliederungspflicht nie umgesetzt worden sei, könne bei der Invaliditäts bemessung nicht berücksichtigt werden. Die mit dem Einwand eingereichten neuen medizinischen Unterlagen seien dem RAD

vorgelegt worden. Dieser halte fest, dass die genannte Diagnose einer Borreliose bereits bekannt und in der umfassenden medizinischen Abklärung im Jahr 2010 berücksichtigt worden sei. Es liege diesbezüglich kein neuer medizinischer Sachverhalt vor. Auch im zugestellten Bericht der Handchirurgie A.____ vom 6. Dezember 2023 werde kein neuer medizinischer Sachverhalt beschrieben. An der medizinischen Einschätzung werde daher festgehalten, ebenfalls am errechneten Invalideneinkommen. Der Beschwerdeführer solle sich für die Unterstützung bei der Stellensuche an das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum wenden (S. 1 ff.).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre n
Entscheid (Urk.

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass d er rechtserhebliche Sachverhalt letztmals vor Erlass der Verfügung vom 30. Mai 2011 abgeklärt worden sei, wobei sich die Beschwerdegegnerin insbesondere auf das Gutachten vom 21. Dezember 2010 der B.____, C.____, gestützt habe. Seit der letzten Beurteilung habe sich sein Gesundheitszustand verschlechtert, was auch von der Beschwerdegegnerin anerkannt worden sei (S. 6 Rz. 16). Die RAD-Ärztin habe aufgrund eines reinen Aktenkonsiliums beurteilt, dass er lediglich aufgrund der generalisierten Beschwerdesymptomatik in seiner Leistung um 20 % eingeschränkt sei, es ihm aber zumutbar sei, ein volles Arbeitspensum zu erfüllen. Das Alltagsniveau sei nicht erfragt und das Belastungsprofil weitgehend vom Gutachten aus dem Jahr 2010 übernommen worden. Die Einschränkungen durch die Coxarthrose rechts und die Einschränkung durch das neuropathische Schmerzsyndrom des rechten Armes habe die RAD- Ärztin bei der Formulierung des Belastungsprofils ausser Acht gelassen. Inwiefern das Schmerzsyndrom, die Insomnie sowie das mittelschwere obstruktive Schlafapnoe-Syndrom sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten, sei nicht genügend abgeklärt worden (S. 6 f. Rz. 17). Laut der behandelnden Psychiaterin sei die chronische Borreliose im Labor 2023 bestätigt und von der Beschwerdegegnerin nicht genügend berücksichtig t worden.

Entgegen der Feststellung der RAD-Ärztin sehe die behandelnde Psychiaterin insbesondere auch die Anpassungsstörung als Belastungsfaktor für die limitierte Arbeitsfähigkeit (S. 7 Rz. 18). Auf die von der behandelnden Psychiaterin diagnostizierte Depression, die Apathie sowie auf die kognitiven Störungen sei die RAD-Ärztin nicht eingegangen. Da die RAD-Ärztin über keinen Facharztstitel in Psychiatrie verfüge, könne sie diese Diagnosen nicht abschliessend beurteilen, weshalb eine neue Beurteilung mittels eines verwaltungsexternen Gutachtens vorzunehmen sei (S. 7 Rz. 19). Die Beschwerdegegnerin habe beim vorgenommenen Einkommensvergleich aus den näher dargelegten Gründen zu Unrecht auf einen leidensbedingten Abzug verzichtet. Zu gewähren wäre ein zusätzlicher Abzug in der Höhe von 20 %, wodurch ein Anspruch auf eine Invalidenrente begründet werde (S. 8 ff. Rz. 1-15).

E. 2.3

% im Jahr 2023 (Nominallohnindex, Männer, 2021-2023, T1.1.20, Baugewerbe) resultiert ein Valideneinkommen von rund Fr. 72'754.-- im Jahr 2023 (Fr. 5'731.-- : 40 x 41, 2 x 12 x

E. 3.1

Da die Beschwerdegegnerin mit den Verfügungen vom

18.

Juni 2013 (Urk. 8/94) und vom

9. Oktober 2014 (Urk. 8/120)

auf die neuen Leistungsgesuche des Beschwerdeführers jeweils nicht eingetreten ist, bildet der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchrelevanten Änderung die Verfügung vom 30. Mai 2011 der IV-Stelle Aargau (Urk.

E. 3.2

Die Gutachter der B.____ stellten in ihrem am 21. Dezember 2010 erstatteten interdisziplinären Gutachten (Urk.

E. 3.3

Das Versicherungsgericht des Kantons Aargau befand in seiner Entscheidung vom 16. Mai 2012 (Urk. 8/70) das interdisziplinäre Gutachten der B.____ vom 21. Dezember 2010 für beweiswertig (S. 8 E. 4.2). Festgehalten wurde, dass dem Beschwerdeführer aufgrund sämtlicher medizinischer Akten die zuletzt auf dem Bau ausgeübte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Verwiesen wurde unter anderem auf den Bericht der Rehaklinik D.____ vom 12. November 2007, worin ebenfalls mittelschwere Tätigkeiten ohne Tätigkeiten länger über Brusthöhe zu 100 % für zumutbar befunden worden seien, sowie über die von den Ärzten berichtete Selbstlimitierung und ungenügende Kooperation des Beschwerdeführers. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen habe sich mit den relativ geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärungen nicht erklären und eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit medizinisch-theoretisch nicht begründen lassen (S. 8 f. 4. 2. 1).

Weiter wurde im Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 16. Mai 2012 zu der aus psychiatrischer Sicht von Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ausgeführt,

dass dem insbesondere aufgrund des fehlenden Traumas von der erforderlichen Schwere gemäss ICD-10 nicht gefolgt werden könne.

Vielmehr wurde einhergehend mit dem psychiatrischen Gutachter der B.____

auf von einem tatsächlich krankheitswertigen Geschehen abzugrenzende, vorwiegend durch psychosoziale Belastungsfaktoren (Trennung von den Kindern, finanzielle Verhältnisse, Probleme in der Ehe) bedingte Beschwerden geschlossen

(S. 9 ff. E. 4.2.2) . 4. 4. 1

Nach erneuter Anmeldung des Beschwerdeführers zum Leistungsbezug vom

E. 8

/50) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 31 Ziff. 6.1): - zervikozephalales Schmerzsyndrom - aktuell ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik - mit Diskusprotrusionen C5-7, flache rechts mediolaterale Diskushernie C4/5, MRI Halswirbelsäule (HWS) vom 26. Juli 2006 - mit Haltungsinsuffizienz - mit Verdacht auf Symptomverdeutlichung

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 31 Ziff. 6.2): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.1 - Verdacht auf Dysthymia (ICD-10 F34.1) - Status nach möglicher HWS-Kontusion (Differenzialdiagnose: Distorsion) in Inklinationsstellung am 19. Juli 2006 - Status nach Kopf-, HWS- und Ellbogenkontusion bei Schlägerei am 19. April 2007 - positiver Borrelien-Titer vom 17. November 2008 - Status nach 28-tägiger Therapie mit 100 mg Doxycyclin zweimal täglich - ohne klinische Relevanz - anamnestisch chronisch rezidivierende Magenbeschwerden unklarer Ätiologie - unauffällige Gastroskopie

Die Gutachter führten zusammenfassend zur Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf aus, aufgrund der somatoformen Schmerzstörung und des subjektiv sehr hoch erlebten Schmerzlevels sowie auch begründbar mit den degenerativen Veränderungen der HWS sei eine körperlich anhaltend schwere, insbesondere HWS-belastende und in Zwangshaltungen auszuübende Tätigkeit wie die eines Hilfspfers ungünstig und deshalb nicht zumutbar (S. 37 Ziff.

7.2).

Für jede körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeit ohne anhaltende Zwangshaltungen und ohne vermehrte Überkopfarbeiten bestehe seit dem 19. Mai 2008 eine volle Arbeitsfähigkeit aus gesamtmedizinischer Sicht (S. 37 Ziff. 7.3-4).

Dem Beschwerdeführer sei eine Willensanstrengung zur Überwindung der somatoformen Schmerzstörung zumutbar, indem klar keine gravierende psychiatrische Komorbidität festzustellen sei. Das Festhalten an der Krankenrolle sei vor allem durch die fragilen Bildungs- und Sprachressourcen bedingt (S. 38 unten Frage 4).

Die Gutachter führten aus, dass das Zervikalsyndrom sowohl aus neurologischer wie auch aus rheumatologischer Sicht nicht gravierend sei, die objektivierbaren Befunde an der HWS seien gering und

die ganze Symptomatik von einer massiven Symptomausweitung gekennzeichnet. Es fänden sich erhebliche Diskrepanzen zwischen den geklagten Schmerzintensitäten und Einschränkungen im Vergleich zur spontanen Beweglichkeit und den geringen

objektivierbaren Befunden. Entsprechend könne aus somatischer Sicht aufgrund der zu postulierenden somatoformen Schmerzstörung und des subjektiven Schmerzerlebens zwar für eine körperlich schwere Arbeit eine Arbeitsunfähigkeit postuliert werden, dies konsistent mit der Vorbeurteilung durch die S uva , für alle leichten und mittelschweren Arbeiten in Wechselbelastung könne aber eine volle Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht angenommen werden (S. 35 unten).

Die somatoforme Schmerzstörung sei auf dem Boden der schwierigen und fragilen psychosozialen, beruflichen und familiären Situation zu verstehen , bei letztendlich gescheitertem Migrationsplan in der Schweiz. Der Explorand verfüge über sehr geringe Ressourcen, um sich im Arbeitsmarkt etablieren zu können, so insbesondere über eine sehr geringe Schulbildung, fehlende Landessprache und in der Schweiz nur eine fragmentierte Berufs- und Arbeitskarriere. Diese Faktoren seien aber invaliditätsfremd und führten nicht zu einer nachvollziehbaren Einschränkung der zumutbaren Leistungsfähigkeit (S. 36 unten f.).

E. 9

Dr. med. P.____ , Fachärztin für Chirurgie , RAD , führte in ihrer Stellungnahme vom 2. August 2023 (Urk. 8/236/ 7 -9) nach Vorlage der Akten aus,

dass gemäss dem Bericht des Spitals Q.____ vom Mai 2021 eine Schlafabklärung erfolgt sei, wo sich ein Schlaf-Apnoe-Syndrom gezeigt habe. Die Symptomatik der Insomnie sei multifaktoriell erklärt worden und bei ungestörter Makrostruktur des Schlafes eine Schlaffehl Wahrnehmung postuliert worden. Massnahmen zur Behandlung des Schlaf-Apnoe- Syndroms seien vom Beschwerdeführer abgelehnt worden.

Bezüglich der Armbeschwerden habe kein Befund objektiviert werden können, welcher den geschilderten Schweregrad hätte erklären können. Es seien aus führliche fachärztliche Abklärungen klinisch , apparativ und bildgebend durchge führt worden. Der Beschwerdeführer sei interdisziplinär an der Universitätsklinik A.____ betreut worden.

Es lägen diverse somatische Diagnosen vor (degenerative Veränderungen, chronisches Schmerzsyndrom der HWS), jedoch von keinem Schweregrad, welcher eine Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit begründen würde . Arbeitsunfähigkeiten seien nicht attestiert worden. Bereits im Jahr 2010 sei die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gestellt worden. Über das Alltagsniveau werde in den ärztlichen Berichten keine Auskunft gegeben. Jedoch würden auch keine Einschränkungen ausser einer Schmerzsymptomatik gegenüber den Behandlern vom Beschwerdeführer beklagt. Neu seien seit der Begutachtung zusammengefasst degenerative Veränderungen der Gelenke . Durch die erfolgte Wirbelsäulenoperation habe sich die bestehende Symptomatik nicht verändert. Eine Therapie des Schlaf-Apnoe-Syndroms werde vom Beschwerde führer abgelehnt, ebenso physiotherapeutische Massnahmen mit Muskelaufbau. Es bestehe der Verdacht auf einen Schmerzmittelübergebrauch sowie ein Benzodiazepinabhängigkeit. Zusammengefasst könne von einer theoretischen Leistungsminderung durch die bekannte Schmerzsymptomatik ausgegangen werden, welche seit Jahren bestehe. Eine mögliche Arbeitsfähigkeit sei vom Beschwerdeführer nie verwertet worden. Eine wechselbelastende leichte Tätigkeit ohne Überkopfarbeit sowie Zwangshaltungen sei weiterhin versicherungsmedi zinisch-theoretisch möglich, ohne erhöhte Verletzungsgefahr, ohne erhöhte Anforderungen an die Aufmerksamkeit mit selbstbestimmten Pausen. Eine Leistungsminderung sei durch die generalisierte Beschwerdesymptomatik einzu räumen. Es

bestehe weiterhin bei Inkonsistenz der Befunde zum Beschwerde ausmass und den funktionellen Einschränkungen der Verdacht auf eine Symptomausweitung und Selbstlimitierung. Es bestehe ein chronischer Verlauf. Die Behandler hätten den Beschwerdeführer der Schmerztherapie zugewiesen. Eine Verbesserung der Symptomatik sei nicht realistisch. Es bestehe versicherungsmethodisch -theoretisch in einer angepassten Tätigkeit bei einer 100%igen Präsenzzeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % entsprechend einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit. 4.

E. 10

Dr. E.____

stellte in ihrem Bericht vom 28. November 2023 (Urk. 8/245)

folgende Diagnosen (S. 4 f.): - chronische Borreliose nach ICD -

E. 11

Prof. Dr. med. S.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Handchirurgie , und med. pract. T.____ , Assistenzarzt Handchirurgie, Abteilung für Handchirurgie, Universitätsklinik A.____ , stellten in ihrem Sprechstundenbericht vom 6 . Dezember 2023 (Urk. 8/249) folgende

Diagnosen (S. 1 f.): - Epicondylopathie medial sowie lateral rechts - unauffällige Nervus ulnaris Elektrophysiologie am 24. April 2023 - subakromiale Bursitis und Bicipitendinopathie links - oligosymptomatische AC-Arthrose - Status nach Defile-erweiterung rechts 2016 (fecit Dr. K.____) - chronisches sensibiles zervikoradikuläres Syndrom C6 rechts - schmerzhafte C6 Radikulopathie rechts Mai 2019 -

E. 15

Mai 2019 mikrochirurgische Dekompression C5/6 und Spondylodese von ventral C5/6, interkorporeller Fusion mit Autograft und DBX Putty Allograft, Me c ta C bei Diskushernie C 5/6 und Neuroforamenstenose C3/4 und C5/6 rechts - mindestens dreimalige Infiltration C3/4 rechts - Coxarthrose/Ansatztendinose Musculus gluteus medius rechts - verminderte SH-Anteversion 5° - CAM-Deformität rechts - gutes Ansprechen auf die intraartikuläre Infiltration - retropatellär betonte Gonarthrose rechts - 2° Varus - Chondrokalzinose - gutes Ansprechen auf intraartikuläre Infiltrationen - Restless-Legs-Syndrom

Die Ärzte führten aus, dass ein planmässiger Termin zur erneuten Kontrolle bei persistierenden Ellbogen - und Vorderarmschmerzen erfolgt sei. Die Schmerzen seien permanent vorhanden. Der Patient sei bereits durch zahlreiche Disziplinen abgeklärt worden, ein Sulcus-ulnaris-Syndrom sei elektrophysiologisch ausgeschlossen worden (S. 2 oben). Die Ärzte hielten fest, dass beim Patienten klinisch vor allem eine Druckdolenz im Bereich des Ursprunges der Extensoren imponiere. Der Nerv lasse sich sonographisch reizlos darstellen und zeige auch in der elektrophysiologischen Untersuchung vom April 2023

keine Auffälligkeiten. Die Beschwerden würden somit im Rahmen einer Epicondylopathie beziehungsweise einer Epicondylitis gewertet , und der Patient werde in die Schultersprechstunde zur weiteren Behandlung weiterverwiesen (S. 2 unten). 4. 12

Dr. P.____ , RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 19. Dezember 2023 (Urk.

8/251/3) aus, dass die Diagnose der angeführten Borreliose bekannt und bereits im polydisziplinären Gutachten 2010 beurteilt worden sei. Es liege kein neuer Sachverhalt vor.
4. 13

In ihrer Stellungnahme vom 22. Dezember 2023 (Urk. 8/251/3) führte Dr. P.____ , RAD, zum am

E. 20

Dezember 2023 eingegangenen

Bericht der Handchirurgie der Universitätsklinik A.____ , aus, dass weiterhin kein neuer Sachverhalt beschrieben worden sei. 5. 5.1

Im Zeitpunkt der renten anspruchsverneinenden Verfügung vom 30. Mai 2011 (Urk. 8/64) stand aus gesundheitlicher Sicht gemäss dem Gutachten der B.____ vom 21. Dezember 2010

als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose eines zervikozephalen Schmerzsyndroms im Vordergrund, aktuell ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik bei festgestellten Diskusprotrusionen C5-7 und flacher rechts mediolateraler Diskushernie C4/5 mit Haltunsinsuffizienz . Festgehalten wurde weiter der Verdacht auf eine Symptomverdeutlichung. Aus psychiatrischer Sicht wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Die angestammte, körperlich schwere Tätigkeit mit insbesondere die HWS-belastenden Zwangshaltungen wurde als nicht mehr zumutbar befunden, hingegen wurde dem Beschwerdeführer für jede körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeit ohne anhaltende Zwangshaltungen und ohne vermehrte Überkopfarbeiten seit Mitte Mai 2008 eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert (vorstehend E. 3. 2).

Während im Rahmen der letzten Anspruchsprüfung noch eine radikuläre Beteiligung der Beschwerdesymptomatik an der HWS des Beschwerdeführers ausgeschlossen wurde, ergaben die im Oktober 2018 durchgeführten weiteren Abklärungen eine Neuroforamenstenose C5/6 mit Kompression der C6-Wurzel (Urk. 8/195 S. 2 oben , Urk. 8/199 S. 1) , infolge dessen am 15. Mai 2019 eine mikrochirurgische Dekompression C5/6 , Spondylodese von ventral C5/6 und interkorporeller Fusion (Urk. 8/149/18-19) durchgeführt wurde .

Weiter liessen sich sodann seit Verfügung vom 30. Mai 2011 (Urk. 8/64) bildgebend Degenerationen im Bereich der rechten Schulter, des rechten Knies sowie des rechten Hüftgelenkes verifizieren . Eine seither veränderte Befundlage und damit ein Revisionsgrund gemäss Art.

17 ATSG (vorstehend E. 1. 9) ist damit aufgrund der neu aufgetretenen

Diagnosen und Befunde zu bejahen. 5.2

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die Stellungnahmen von RAD-Ärztin Dr. P.____ vom 2. August 2023 sowie vom 19. und 22. Dezember

2023 (vorstehend E. 4. 9, E. 4.12 und E. 4.13) davon aus, dass dem Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen seine angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter weiterhin nicht zumutbar sei, jedoch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit bezogen auf ein

Vollzeitpensum eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (vorstehend E. 2.1).

Dagegen vertrat der Beschwerdeführer die Ansicht, dass der Beurteilung durch RAD-Ärztin Dr. P.____ nicht gefolgt werden könne, zumal sie beim Belastungsprofil seine Einschränkung durch die Coxarthrose rechts und die Einschränkung durch das neuropathische Schmerzsyndrom des rechten Armes

nicht berücksichtigt habe und auch auf sein Schmerzsyndrom, die Insomnie sowie das mittelschwere obstruktive Schlafapnoe-Syndrom nur ungenügend eingegangen sei.

Gemäss seiner langjährig behandelnden Psychiaterin sei auch eine chronische Borreliose im Labor im Jahr 2023 bestätigt und von der Beschwerdegegnerin ebenfalls ungenügend berücksichtigt worden. Ebenso wenig seien seine psychischen Einschränkungen hinreichend gewürdigt worden, wobei RAD-Ärztin Dr. P.____ hier für mangels Facharztstitel Psychiatrie ohnehin ungeeignet sei (vorstehend E. 2.2).

Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer seine angestammte, schwere Tätigkeit als Hilfsgipser nicht mehr ausüben kann. Strittig und zu prüfen ist, ob ihm entsprechend dem von RAD-Ärztin Dr. P.____ nach Aktenvorlage formulierten Belastungsprofil eine leichte behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von 80 % bei einer Präsenzzeit von 100 % zumutbar ist. 5.3 5.3.1

Vorab ist festzuhalten, dass unverändert zur letztmaligen Prüfung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit der Verfügung vom 30. Mai 2011 (Urk. 8/64), wie nachfolgend aufgezeigt, die objektivierbaren Befunde nicht mit dem vom Beschwerdeführer vorgetragene Beschwerdeausmass korrelieren

(vgl. vorstehend E. 3.2-3) . 5.3.2

Die am 15. Mai 2019 durchgeführte Operation an der HWS

(Urk. 8/149/18-19) führte

im Verlauf gemäss den Angaben von Dr. N.____ in seinem Bericht vom 2. Juni 2023 (vorstehend E. 4. 8) zu

keine r

relevante n

Verbesserung der Beschwerden. Unverändert zur Begutachtung am B.____

im Jahr 2010 (vorstehend E. 3. 2) persistieren damit beim Beschwerdeführer chronische Nackenbeschwerden mit nur ungenügendem oder kurzfristigem Ansprechen auf die durchgeführten Therapien (vgl. Urk. 8/190 S. 1 unten, Urk. 8/191 S. 1 unten, Urk. 8/192 S. 1 unten, Urk. 8/193 S. 1 unten, Urk. 8/194 S. 1 unten) .

Von Seiten der Ärzte des Universitären Wirbelsäulenzentrums O.____, Universitätsklinik A.____, wurde gemäss den Ausführungen von Dr. N.____ vom 2. Juni 2023 jedoch lediglich im Zusammenhang mit der durchgeführten Operation vom 14. Mai bis 24. Juni 2019 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert, und der Beschwerdeführer war letztmalig am 9. November 2022 vorstellig. Anlässlich dieser Konsultation wurde ein guter Trainingszustand und ein Kraftgrad in allen Muskelgruppen der oberen Extremität M5 festgestellt, was einer vollen Kraftentwicklung entspricht. Der neurologische Befund wurde als unauffällig beschrieben (vorstehend E. 4. 8). Damit geht einher, dass das zuvor am

E. 21

September 2022 initiierte SPECT-CT der HWS ebenfalls keine auffälligen Befunde, namentlich keine wesentliche Aktivierung der Facettengelenksarthrosen, ergab (Urk. 8/167/14-15 S. 1 unten).

Entsprechend erweist sich die Schlussfolgerung von RAD-Ärztin Dr. P.____ in ihrer Stellungnahme vom 2. August 2023 (vorstehend E. 4.9), wonach hinsichtlich der degenerativen Veränderungen und des Schmerzsyndroms an der HWS von keinem Schweregrad auszugehen sei, welcher eine Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit begründen würde, als plausibel und nachvollziehbar. 5.3.3

Hinsichtlich

der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Kniebeschwerden rechts

konnte anlässlich der Bildgebung vom 29. September 2022 lediglich eine leichte Kniegelenksdegeneration festgestellt werden (vgl. Urk. 8/167/12-13 S. 2 Mitte). Der Orthopäde Dr. F.____ befand die Beschwerden in seinem Bericht vom 29. September 2022 (vorstehend E. 4.2) durch eine konsequente Umsetzung von Dehnungs- und Kräftigungsübungen als besserungsfähig. Von einem operativen Vorgehen erwartete er aufgrund der geringen Degeneration keine Verbesserung. Zudem wies Dr. F.____

deutlich auf eine psychosoziale Komponente der Beschwerden hin. Einen Wiedereinstieg in eine weniger belastende Tätigkeit als die angestammte befand Dr. F.____ für sinnvoll und sprach sich damit klar für eine bestehende Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus orthopädischer Sicht aus. Die Einschätzung von Dr. F.____, bei lediglich geringgradig ausgeprägten degenerativen Veränderungen am rechten Knie an einem konservativen Vorgehen festzuhalten, bestätigte zuletzt Dr. med. U.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Universitätsklinik A.____, Kniechirurgie, in seinem nach Verfügungserlass vom 27. Dezember 2023 (Urk. 2) verfassten Bericht vom 3. Januar 2024 (Urk.

8/253 S. 2 unten f.).

Auffallend ist auch, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung vom 29. September 2022 bei Dr. F.____ ein Schonhinken rechts zeigte, welches aber wenige Tage zuvor im Rahmen der Untersuchung am Universitären Wirbelsäulen-Zentrum, Universitätsklinik A.____, vom 26. September 2022 im Zusammenhang mit den geltend gemachten Schmerzen im rechten zervikalen Bereich sowie der Ausstrahlung in die rechte Schulter nicht ersichtlich war. Vielmehr hielt der untersuchende Arzt ein flüssiges Gangbild fest (Urk. 8/167/14-15 S. 2), wie bereits anlässlich der Untersuchung einen Monat zuvor (Urk. 8/167/16-17 S. 2). Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass nach wie vor beim Beschwerdeführer von einer Symptomverdeutlichung auszugehen ist. 5.3.4

Was die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Einschränkungen durch die

Coxarthrose anbelangt, wurde zuletzt im Urteil des hiesigen Gerichts vom 5. Januar 2016 eine Erheblichkeit dieser Veränderungen aus den näher dargelegten Gründen letztlich mit Blick auf eine leichte Tätigkeit verneint (Urk. 8/142 S. 9 Ziff. 5.2). Inwiefern sich an dieser Einschätzung etwas geändert haben soll, ist nicht ersichtlich, zumal von sämtlichen der verschiedenen Abteilungen der Universitätsklinik A.____

s owohl hinsichtlich der Coxarthrose als auch betreffend die retropatellär betonte Gonarthrose rechts durchgehend ein gutes Ansprechen der Beschwerden auf die intraartikulären Infiltrationen bestätigt worden ist (vorstehend E. 4. 2-3, E. 4.5-7, E. 4.11).

5.3.5

Auch hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Armbeschwerden ist RAD-Ärztin Dr. P.____ in ihrer Stellungnahme vom 2. August 2023 (vorstehend E. 4.9) beizupflichten, dass die zahlreichen Abklärungen in diesem Zusammenhang keine Befunde hätten objektivieren können.

Nach neurologischen und neurophysiologischen Abklärungen vom 13. März 2020 (Urk. 8/149/11-12) , vom 14 . Dezember 2022 (Urk. 8/175)

und erneut am 24. April 2023 (Urk. 8/206 S. 2,

Urk. 8/225) sowie umfassenden bildgebenden Abklärungen (vgl. Urk. 8/206 S. 2 , Urk. 8/219 S. 2) konnte

lediglich zwischenzeitlich ein leichtes Sulcus ulnaris-Syndrom rechts objektiviert werden.

Die Ärzte der Abteilung für Handchirurgie , Universitätsklinik A.____ , hielten letztlich in ihrem Bericht vom 19 . Mai 2023 (vorstehend E. 4. 7) fest, dass sie ohne Auffälligkeiten keine chirurgischen Massnahmen durchführen könnten .

Nach zuvor ergänzend vorgenommene r

Abklärung am 3. Mai 2023

verneinten die den Beschwerdeführer untersuchenden Ärztinnen in ihrem Sprechstunden bericht vom 3. Mai 2023 (vorstehend E. 4. 5) das Vorliegen eines Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) . Ein chronisches neuropathisches Schmerz syndrom am rechten Arm wurde lediglich als Verdachtsdiagnose ,

wohl im Zusammenhang mit dem Zuweisungsgrund , aufgeführt . Entsprechend wurden auch weitere rheumatologische Abklärungen für nicht erforderlich angesehen. Soweit der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde die Diagnose eines neuro pathischen Schmerzsyndroms des rechten Armes als ausgewiesen vorbringen will (vorstehend E. 2.2) , geht er damit ins Leere.

Für die RAD-Ärztin Dr. P.____ hat damit kein Anlass bestanden, ein neuro pathisches Schmerzsyndrom bei der Formulierung des Belastungsprofils respektive der noch möglichen Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen.

Beizupflichten ist RAD-Ärztin P.____ auch insoweit, als sie in ihrer Stellungnahme vom 22. Dezember 2023 (vorstehend E. 4. 13) zum Schluss kam, dass im Bericht der Handchirurgie der Universitätsklinik vom 6. Dezember 2023 (vorstehend E.

4.11) kein neuer Sachverhalt beschrieben werde. So blieb auch die im Rahmen der erneuten Konsultation der Ärzte der Handchirurgie, Universitätsklinik A.____ , durchgeführte Sonographie des rechten Ellbogens ohne erklärende Befunde .

Zusammenfassend scheint -

nach zahlreichen medizinischen Abklärungen - auch betreffend die geltend gemachten Armbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Symptomverdeutlichung im Vordergrund zu stehen .

5.3.6

Was allfällige Beschwerden an der rechten Schulter anbelangt, liegen seit der Konsultation im Mai 2023 bei Dr. F.____ (vorstehend E. 4.6) keine weiteren Verlaufsberichte vor. Eine Arbeitsunfähigkeit in diesem Zusammenhang wurde nicht attestiert und ein konservatives Vorgehen vorgeschlagen. Inwiefern eine Schulterproblematik vorliegt, welche weitergehende Einschränkungen auf das von RAD-Ärztin Dr. P.____ formulierte Belastungsprofil zeitigen würde, ist nicht ersichtlich, zumal es sich bereits um eine leichte Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten und ohne Zwangshaltungen handelt (vorstehend E. 4.9) .

5.3.7
Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer insofern, als er seit Jahren seine geltend gemachten Beschwerden mit einer chronischen Borreliose erklärt haben will (vorstehend E. 2.2). Schon im Zuge seiner Neuanmeldung vom 24. Juli 2014 (Urk. 8/102) respektive in seiner gegen die Nichteintretensverfügung vom 9. Oktober 2014 (Urk. 8/120) erhobene n Beschwerde

machte der Beschwerde führer geltend, an einer chronischen Borreliose zu leiden, welche sich unter Umständen stark auf die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit auswirken könne (Urk. 8/127/3-10 S. 6 f. Ziff. 4). Die Diagnose stammte von Dr. E.____ (vgl. Urk. 8/101 S. 1 unten).

Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 5. Januar 2016 wurde diesbezüglich festgehalten, dass ein positiver Borrelien - Titer den Gutachtern des B.____ im Dezember 2010 bereits vorgelegen habe, diesem jedoch kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen worden sei. Dass sich daran etwas geändert haben soll, sei nicht ersichtlich (Urk. 8/142 S. 9 E. 5.2, vorstehend E. 3. 2).

Erneut brachte Dr. E.____

in ihrem Bericht vom 21. Januar 2023 (vorstehend E. 4.4) und detailliert in ihrem nach ergangenen negativen Vorbescheid vom 22.

September 2023 (Urk. 8/238) verfasstem Bericht vom 28. November 2023 (vorstehend E. 4. 10) gestützt auf einen Laborbefund vom 24. November 2023 (Urk. 8/246) vor, dass der Beschwerdeführer an einer chronischen Borreliose leiden würde, welche für beinahe sämtliche seiner geltend gemachten Beschwerden verantwortlich sei. Abgesehen davon, dass Dr. E.____ hier eine fach fremde Beurteilung vornahm, blendete sie in ihrem Bericht vom 28.

November 2023 (vorstehend E. 4. 10) die Schlussfolgerung im Laborbericht vom

E. 24

November 2023 aus, wonach nach einer antibiotischen Therapie, wie sie beim Beschwerdeführer ab Oktober 2008 über eine Dauer von 28 Tagen eingeleitet wurde (vgl. Urk. 8/2,

Urk. 8/182/11), die IgG- und die IgM-Ak über einen langen Zeitraum persistieren könnten, so dass eine Unterscheidung zwischen einer persistierenden Infektion und einer Ak -Persistenz nach einer ausgeheilten Borrelien-Infektion hier nicht möglich sei (Urk. 8/246 S. 2 unten).

Auffallend ist auch, dass abgesehen von der im Jahr 2008 durchgeführten antibiotischen Therapie keinerlei fachärztlichen Therapien hinsichtlich einer chronischen Borreliose dokumentiert sind, dies obwohl der Beschwerdeführer bereits in seiner Beschwerde vom 11. November 2014 geltend machte, an einer chronischen Borreliose zu leiden

(Urk. 8/127/3-10 S. 6 f. Ziff. 4). Auch anlässlich der am 18. November 2022 von Dr. G.____ (vorstehend E. 4.3) durchgeführten Untersuchung des Beschwerdeführers zum Ausschluss einer rheumatologischen Grunderkrankung wurde eine chronische Borreliose bei unauffälligem Blutbild nicht thematisiert.

Entsprechend ist auch hier den Feststellungen von RAD-Ärztin Dr. P.____ vom 19. Dezember 2023 (vorstehend E. 4.12) zu folgen, wonach im Vergleich zur Beurteilung der Borreliose im B.____-Gutachten im Jahr 2010 (vorstehend E. 3.2), wonach es sich um eine Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit handelte, kein veränderter Sachverhalt eingetreten ist. 5.3.8

Betreffend das Schlafapnoesyndrom respektive die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Schlafstörungen wies RAD-Ärztin Dr. P.____

in ihrer Stellungnahme vom 2. August 2023 (vorstehend E. 4.9) auf den Bericht des Schlafmedizinischen Zentrums V.____, Spital Q.____, vom 25. Mai 2021 (Urk.

8/233/4-5) hin. Die Abklärung erfolgte aufgrund vom Beschwerdeführer geklagter ausgeprägter Ein- und Durchschlafstörungen (S. 1 unten). Die am 6.

Mai 2021 durchgeführte Polysomnographie ergab unter anderem eine erhaltene Makrostruktur des Schlafes bei obstruktiven Hypopnoen (S. 2 oben). Die Symptomatik der Insomnie wurde im Bericht multifaktoriell erklärt. Dem Beschwerdeführer sei erklärt worden, dass der Verdacht auf eine Schlafapnoe wahrnehmung bestünde, da sich in der Polysomnographie eine normale Makrostruktur des Schlafes gezeigt habe, was er nicht wirklich habe akzeptieren wollen. Sämtliche Behandlungsmassnahmen seien von ihm abgelehnt worden. Er habe auf weitere Diagnostik verzichtet und mitgeteilt, dass er sich erst nach seinem Türkei-Urlaub wieder vorstellen wolle (S. 2 Mitte). Die am 25. Juli 2023 erfolgte Anfrage der Beschwerdegegnerin beim Schlafmedizinischen Zentrum ergab jedoch, dass sich der Beschwerdeführer nach dem Termin am 18. Mai 2021 nicht mehr gemeldet hatte (Urk. 8/237).

Mangels tatsächlich festgestellter Insomnie und in Anbetracht des Umstandes, dass vom Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt eine ersthafte Behandlung der schlafbezogenen Atemstörung vorgenommen wurde, muss ein invalidisierender Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auch diesbezüglich verneint werden. 5.3.9

Letztlich ergeben auch die Ausführungen der langjährig behandelnden Hausärztin med. pract. W.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, keinen Anlass dazu, von der Beurteilung durch RAD-Ärztin Dr. P.____

in somatischer Hinsicht abzuweichen, zumal sich med. pract. W.____ in ihren Berichten vom 25. November 2022 (Urk. 8/167/1-6 Ziff. 4.2) und vom 14. Juli 2023 (Urk. 8/233/2 Ziff. 2.2) nicht zu einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit äusserte. 5.4

Was den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers anbelangt, gilt es zu berücksichtigen, dass bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung am B.____ im November

2010 keine Behandlung mehr bei Dr. E.____ statt fand (Urk. 8/50 S. 30 unten , vgl. auch Urk. 8/162/3). Von einer behandelnden Psychiaterin kann damit entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers in seiner Beschwerde (vorstehend E. 2.2) nicht gesprochen werden.

Soweit sich Dr. E.____ dennoch im Rahmen der vorliegenden Anspruchs prüfung äussert, gilt es hinsichtlich ihrer Ausführungen vom 21. Januar 2023 und vom

E. 28

November 2023 (vgl. vorstehend E. 4. 4 und 4. 10) zu berücksichtigen, dass ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung zumindest als hausarztähnlich bezeichnet werden muss, weshalb hier eine gewisse Zurückhaltung bei der Würdigung ihre r Berichte angebracht ist (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5).

Bereits im Rahmen der letztmaligen Anspruchsprüfung im Zusammenhang mit der Verfügung vom 30. Mai 2011 (Urk. 8/64) befand Dr. E.____ den Beschwerdeführer aufgrund einer PTBS und verschiedener von ihr fachfremd diagnostizierten somatischen Erkrankungen in ihren Berichten vom 3. Januar 2009 (Urk. 8/11 -12) und 21. Februar 2010 (Urk. 8/27) für

massgeblich in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt

und vertrat auch gegen über d em Statthalteramt des Bezirks AA.____

seine Interessen (vgl. Urk. 8/186).

Das Versicherungsgericht des Kantons Aargau erläuterte in seinem Urteil vom 16. Mai 2012 ausführlich , weshalb beim Beschwerdeführer mit Blick auf die ICD-10 keine PTBS vorliege und folgte den Ausführungen des psychiatrischen Gutachter s der B.____ (Urk. 8/70 S. 9 f. Ziff. 4.2.2) . Damit hat es auch hier sein Bewenden.

Auch die übrige Diagnostik von Dr. E.____ erfolgte nicht leitliniengerecht, indem sie eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25) diagnostizierte. Gemäss ihrem Verweis wurde diese Diagnose im Austrittsbericht der Rehaklinik D.____

vom 12. November 2007 (Urk. 8/3/68-72)

nach psychosomatischem Konsilium vom 15. Oktober 2007 (vgl. Urk. 8/3/2-5 S. 1) gestellt. Von Dr. E.____ unberücksichtigt blieb, dass Anpassungsstörungen nach ICD-10 F43.2 zeitlich eng limitiert sind und im Allgemeinen innerhalb eines Monats nach einem belastenden

Ereignis oder einer entscheidenden Lebensveränderung beginnen , und die Symptome meist nicht länger als sechs Monate an dauern , ausser bei der längeren depressiven Reaktion nach ICD-10 F43.21, die aber in der Regel auch nicht länger als zwei Jahre dauert (vgl. hierzu

Dilling,

Mombour, Schmidt,

Internationale

Klassifikation psychischer Störungen, 10. Auflage, S. 209-211).

Ebenso wenig erweist sich die von Dr. E.____ gestellte Diagnose einer schweren Depression im Rahmen der PTBS oder der Borreliose als nachvoll ziehbar. So fand diesbezüglich

weder eine Behandlung noch eine Überweisung des Beschwerdeführers in eine fachärztliche Behandlung statt, was beim tatsächlichen Vorliegen einer derartigen Diagnose zu erwarten gewesen wäre. Im Weiteren hat es Dr. E.____ auch gänzlich unterlassen, die zweifelsohne unverändert zur letztmaligen Anspruchsprüfung vorhandene psychosoziale Belastungssituation beim Beschwerdeführer von einem allfälligen tatsächlichen Krankheitsgeschehen abzugrenzen (vorstehend E. 1.4) und übernahm offensichtlich nicht hinterfragend die subjektiven Beschwerdeäusserungen des Beschwerdeführers. Dies wird unter anderem daraus ersichtlich, dass Dr. E.____ die Angabe des Beschwerdeführers, wonach er aufgrund der Ellbogenbeschwerden nur noch 500 Meter mit dem Auto fahren könne, so in ihrem Bericht vom 21.

Januar 2023 (vorstehend E. 4. 4) übernommen hatte. Dass mitunter die fachärztlichen Abklärungen und Bildgebungen kein ein derartiges Beschwerdebild erklärendes Korrelat ergeben hatten (vorstehend E. 5.3.5) , blendete Dr. E.____ aus.

Bereits im Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 16. Mai 2012 wurde auf die verschiedenen psychosozialen Belastungsfaktoren (Trennung von den Kindern, finanzielle Verhältnisse etc.) verwiesen sowie darauf, dass das Festhalten des Beschwerdeführers an der Krankenrolle insbesondere durch die fragilen Bildungs- und Sprachressourcen bedingt sei (Urk. 8/70 S. 10 unten f.) . An den psychosozialen Belastungsfaktoren dürfte sich im Vergleich zu damals nur wenig geändert haben (vgl. hierzu auch Urk. 8/229 , Urk. 8/258-259).

Bei der vorliegend dargebotenen Beschwerdesymptomatik dürften weiter das bereits im Rahmen der letzten Anspruchsprüfung beschriebene Festhalten des Beschwerdeführers an der Krankenrolle , die Selbstlimitierung sowie die mangelnde Motivation eine Rolle spielen. Namentlich wollte der Beschwerdeführer im Rahmen der schlafmedizinischen Abklärungen im Mai 2021 beispielsweise nicht akzeptieren, dass grundsätzlich eine normale Makrostruktur des Schlafes bestehe, an eigentlichen therapeutischen Optionen war er trotz geltend gemachten ausgeprägten Schlafstörungen indes nicht interessiert (Urk. 8/233/4-5).

Auch anlässlich der rheumatologischen Untersuchung im November 2022 zeigte er sich gegenüber der von Dr. G.____ vorgeschlagenen rumpfstabilisierenden Physiotherapie ablehnend (vorstehend E. 4. 3).

Zusammenfassend mangelt es vorliegend an einer aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbaren und leitliniengerecht gestellten Diagnose , und der Beschwerdeführer befindet sich seit über zehn Jahren nicht mehr in psychiatrischer Behandlung. Bei nach wie vor vorliegender erheblicher psychosozialer Belastungssituation sowie unverändert festzustellender Symptomverdeutlichung bei einem Festhalten des Beschwerdeführers an der Krankenrolle kann auf weitere Abklärungen, wie sie der Beschwerdeführer beantragt hat (vorstehend E. 2.2), in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen) verzichtet werden. Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen wären keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. 5.5

Aufgrund des Gesagten wurde der medizinische Sachverhalt durch die Beschwerdegegnerin hinreichend festgestellt. Die versicherungsinternen ärztlichen

Feststellungen von RAD-Ärztin Dr. P.____ (vorstehend E. 4.9, E.

4.12-13)

sind

zuverlässig und schlüssig. Demnach ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit unverändert nicht mehr arbeitsfähig ist, hingegen in einer behinderungsangepassten Tätigkeit entsprechend dem Belastungsprofil bei 100%iger Präsenzzeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % besteht.

6. 6.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (vgl. BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1; vgl. auch Art. 26 Abs. 1 IVV).

Lässt sich das

Valideneinkommen

aufgrund der

tatsächlichen Verhältnisse

nicht hinreichend genau beziffern, darf auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen

(LSE)

zurückgegriffen werden, sofern dabei die für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren mitberücksichtigt werden

(BGE 144 I 103 E. 5.3, 139 V 28 E. 3.3.2). 6.2

Für den Einkommensvergleich ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns – hier das Jahr 2023 – abzustellen (BGE 128 V 174, 129 V 222).

Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, das Valideneinkommen des Beschwerdeführers gestützt auf die LSE-Tabellenlöhne zu berechnen, ist nicht zu beanstanden. Bereits im Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 16. Mai 2012 wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer mit seiner Anstellung als Hilfsarbeiter bei der Y. AG zuletzt im Jahr 2007 ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielt hat, und es wurde der Tabellenlohn für Hilfsarbeiter im Baugewerbe beigezogen (Urk. 8/70 E. 5.2.1 S. 12 f.). Im Übrigen ergäbe auch die Angleichung an die Nominallohnentwicklung über einen derart langen Zeitraum keinen verlässlichen Wert.

Der Lohn für Hilfsarbeiter im Baugewerbe belief sich

gemäss

LSE 20 2 0 für das Jahr 202 0 auf Fr. 5'731.-- pro Monat (LSE 202 0 , Tabelle TA1, Baugewerbe , Kompetenzniveau 1). Umgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.2 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Baugewerbe/Bau ; vgl. www.bfs.admin.ch, Statistiken, Arbeit und Erwerb) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 0 % im Jahr 2021, 0.4 % im Jahr 2022 und

E. 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Grieder-Martens Schucan

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