

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00487 vom 30. Januar 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-01-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00487

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00487 du 30 janvier 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00487 del 30 gennaio 2025

Erwägungen

E. 1

des

Allgemeinen

Teils

des

Sozialversicherungsrechts

(ATSG)

eine

erhebliche

Änderung

des

Invaliditätsgrades

verlangt

(BGE

130

V

71,

117

V

198

E.

3a

mit

Hinweis;

vgl.

auch

BGE

133

V

108

E.

5.2

mit

Hinweisen).

Die

Frage,

ob

eine

solche

Änderung

eingetreten

ist,

beurteilt

sich

durch

Vergleich

des

Sachverhalte s

im

Zeitpunkt

der

letzten

mate riellen

rentenverweigernden

rechtskräftigen

Verfügung

mit

demjenigen

zur

Zeit

des
auf
die
Neuanmeldung
hin
ergangenen
Entscheids
(BGE
130
V
64
E.
E. 1.1
Für
die
Bejahung
eines
Rentenanspruches
im
Rahmen
einer
Neuanmeldung
nach
vorausgegangener
rechtskräftiger
Verneinung
wird
analog
zur
Rentenrevision
gemäss
Art.
17
Abs.

E. 1.2

Zeitlicher

Referenzpunkt

für

die

Prüfung

einer

anspruchserheblichen

Änderung

bildet

die

letzte

(der

versicherten

Person

eröffnete)

rechtskräftige

Verfügung,

welche

auf

einer

materiellen

Prüfung

des

Rentenanspruchs

mit

rechtskonformer

Sachverhaltsabklärung,

Beweiswürdigung

und

Durchführung

eines

Einkommensvergleichs

(bei

Anhaltspunkten
für
eine
Änderung
in
den
erwerblichen
Auswirkungen
des
Gesundheitszustands)
beruht;
vorbehalten
bleibt
die
Rechtsprechung
zur
Wiedererwägung
und
zur
prozessualen
Revision
(BGE
133
V
108
E.
5.4;
vgl.
Urteil
des
Bundesgerichts
9C_26/2022
vom
30.

Mai

2022

E.

E. 1.3

Hinsichtlich

des

Beweiswertes

eines

ärztlichen

Berichtes

ist

entscheidend,

ob

der

Bericht

für

die

streitigen

Belange

umfassend

ist,

auf

allseitigen

Untersuchungen

beruht,

auch

die

geklagten

Beschwerden

berücksichtigt,

in

Kenntnis

der

Vorfällen

(Anamnese)
abgegeben
worden
ist,
in
der
Darlegung
der
medizinischen
Zusammenhänge
und
in
der
Beurteilung
der
medizinischen
Situation
einleuchtet
und
ob
die
Schlussfolgerungen
in
der
Expertise
begründet
sind
(BGE
134
V
231
E.
5.1,
125

V

351

E.

3a,

122

V

157

E.

1c).

E. 2

mit

Hinweis,

130

V

71

E.

3.1

mit

Hinweisen).

Dabei

ist

zu

beachten,

dass

Anlass

zur

Rentenrevision

jede

wesentliche

Änderung

in

den

tatsächlichen

Verhältnissen

gibt,
die
geeignet
ist,
den
Invaliditätsgrad
und
damit
den
Rentenanspruch
zu
beeinflussen
(BGE
130
V
343
E.
3.5
mit
Hinweisen).
Dagegen
stellt
eine
bloss
unterschiedliche
Beurteilung
eines
im
Wesentlichen
gleich
gebliebenen
Sachverhaltes
keine
revisionsbegründende

Tatsachenänderung

im

Sinne

von

Art.

17

Abs.

1

ATSG

dar

(BGE

112

V

371

E.

2b;

vgl.

auch

BGE

133

V

545

E.

6.1,

130

V

343

E.

3.5

mit

Hinweisen).

E. 2.1

Im

angefochtenen

Entscheid
erwog
die
Beschwerdegegnerin,
gestützt
auf
das
Gutachten
von
Dr.
B.____
vom
Juni
2019,
worin
dieser
dem
Beschwerdeführer
eine
90%ige
Arbeitsfähigkeit
als
Plattenleger
attestiert
habe ,
sei
das
Leistungsbegehren
mit
Verfügung
vom
15.
Januar
2020

abgewiesen
worden.
Die
2022
auferlegte
Scha denminderungspflicht
habe
keine
Besserung
erbracht.
Die
Abklärungen
hätten
ergeben,
dass
sich
die
gesundheitliche
Situation
zwischenzeitlich
nicht
verändert
habe.
Daraufhin
sei
das
Leistungsbegehren
mit
Vorbescheid
vom
E. 2.2
Dagegen
wandte
der

Beschwerdeführer

ein,

im

beweistauglichen

Gutachten

vom

E. 4

August

2022

abgewiesen

worden.

Auf

den

Einwand

des

Beschwerdeführers

hin

sei

eine

Begutachtung

veranlasst

worden.

Der

regionale

ärztliche

Dienst

(RAD)

sei

gestützt

darauf

zum

Schluss

gekommen,

die

Beschwerden
könnten
keiner
Diagnose
zugeordnet
werden.
Somit
sei
eine
langandauernde
Einschränkung
der
Arbeitsfähigkeit
nicht
ausgewiesen
(Urk.
2).

E. 7

Mai
2024
abgestellt
werde,
sei
ein
Gerichtsgutachten
oder
eine
Rückweisung
zur
weiteren
Abklärung
angezeigt
(Urk.
1). 3 . 3 . 1

Zeitliche n
Referenzpunkt
für
die
Prüfung
einer
allfällig
anspruchserheblichen
Änderung
(vgl.
E.
1. 2)
bildet
die
un angefochten
in
Rechtskraft
erwachsene
Verfügung
vom
15.
Januar
2020
(Urk.
10/ 34) ,
welche
gestützt
auf
d as
Gutachten
von
Dr.
B.____
vom

22.

Juli

2019

zu

Händen

der

Krankentaggeldversicherung

(Urk.

10/22/6-44)

erging.

Darin

diagnostizierte

dieser

eine

gegenwärtig

formal

leichtgradig

depressive

Episode,

(akten-)anamnestisch

im

Rahmen

einer

rezidivierenden

depressiven

Störung

(ICD-10:

F33.0)

mit

Auswirkungen

auf

die

Arbeitsfähigkeit.

Ohne

Auswirkungen
auf
die
Arbeitsfähigkeit
hielt
er
anamnestisch
ein
Abhängigkeitssyndrom
von
Tabakwaren,
gegenwärtiger
Substanzgebrauch
(ICD-10:
F17.2)
sowie
eine
generalisierte
Angststörung
(ICD-10:
F41.1),
differenzialdiagnostisch
somatoforme
Störung
(ICD-10:
F45) ,
fest
(Urk.
10/22/26).
Der
Beschwerdeführer
habe
in
Mazedonien

die
Schule
besucht
und
den
Militärdienst
geleistet.
In
der
Folge
sei
er
aus
wirtschaftlichen
Gründen
in
die
Schweiz
gekommen,
wo
er
als
Hilfsarbeiter/Ausfuger
gearbeitet
habe.
Der
Beschwerdeführer
habe
berichtet,
dass
es
ihm
bereits
in

den
1990er
Jahren
nicht
gut
gegangen
sein.
Seit
etwa

E. 12

Jahren
merke
er,
dass
er
seine
Beine
nicht
spüre
und
zittere .

Um
die
Weihnachtszeit
2018
habe
er
eine
Verschlechterung
bemerkt .
Er
habe
schwache
Beine,

keine
Kraft
und
ein
Pulsieren
im
Kopf
gehabt;
es
sei
«wie
Strom»
gewesen.
D a ra ufhin
sei
er
von
seinem
Hausarzt
«krankgeschrieben»
worden.
Seither
habe
er
Angst
und
Depressionen
und
nicht
mehr
gearbeitet.
Die
Stelle
bei

der
Z.____
AG
habe
er
noch
immer.
Sein
Chef
rufe
ihn
regelmässig
an
und
frage,
wann
er
zurückkomme;
er
werde
vermisst.
Er
könne
sich
jedoch
nicht
vorstellen,
wieder
arbeiten
zu
gehen,
da
er
Angst

habe
und
sein
Körper
schwach
sei.
Auf
die
Nachfrage,
wie
sich
diese
Depression
äussere,
habe
der
Beschwerdeführer
erklärt,
dies
nicht
zu
wissen.
Die
Ärzte
hätten
ihm
jedenfalls
gesagt,
dass
er
eine
Depression
habe.
Auf

die
Anmerkung,
Ängste
und
körperliche
Beschwerden
sein
bereits
in
den
Vorakten
dokumentiert
und
der
Beschwerdeführer
habe
gleichwohl
gearbeitet,
habe
letzterer
geantwortet,
dass
er
es
auch
nicht
wisse.
Vom
29.
Januar
bis
28.
März
2019

sei
er
stationär
in
der
O.____
behandelt
worden.
Eine
ambulante
Anschlussbehandlung
im
Zentrum
E.____
in
F.____
habe
er
abgebrochen.
Wieso
könne
er
nicht
sagen ,
er
wisse
es
nicht
mehr.
Daraufhin
habe
er
bei
seinem

Hausarzt

und

Dr.

phil.

G.____ ,

H.____ ,

Termin e

wahrgenommen.

Als

aktuelle

Medikation

habe

d er

Beschwerdeführer

einen

mitgebrachten

Ausdruck

vorgewiesen

(Risperidon

1

mg

Tabletten:

1-0-1;

Cymbalta

60

mg

2-0-0;

Sequase

150

mg

XR

Tabletten:

0-0-0-1;

Sequase

25

mg

Tabletten:

0-0-0-2)

und

erklärt,

dass

er

mittlerweile

nicht

mehr

alle

Medikamente

einnehme .

A ktuell

fühle

sich

der

Beschwerdeführer

schwer

und

unwohl.

Gelegentlich

habe

er

auch

Schwindel.

Zudem

sehe

er

nicht

so

gut;

eine

Brille
trage
er
jedoch
nicht.
Alsdann
habe
er
gelegentlich
Schmerzen
im
Knie,
im
Rücken
und
im
Nacken.
Dies
komme
von
der
langjährigen
Arbeit
in
Zwangshaltungen.
Eine
physiotherapeutische
Behandlung
bestehe
momentan
nicht
und
er
mache

auch
keinen
Sport.
Die
aktuellen
Schmerzen
habe
der
Beschwerdeführer
bei
VAS
10
(1-10)
skaliert
(Urk.
10/22/16
ff.) .
In
klinischer
Hinsicht
sei
der
allseits
orientierte
und
im
Kontakt
freundlich
zugewandte
Beschwerdeführer
gepflegt.
Die
Kooperation
sei

weitestgehend
angemessen,
wenngleich
die
Beschwerdeschilderung
des
Beschwerdeführers
insgesamt
konfus
und
unklar
ausgefallen
sei ;
auf
Nachfragen
bzw.
Konkretisierungsversuche
habe
er
ausweichend
oder
nicht
reagiert .
Hinweise
auf
Zwänge,
Phobien,
Halluzinationen
oder
Ich-Störungen
bestünden
nicht.
Im
A ffekt

sei
der
Beschwerdeführer
etwas
verflacht.
Zudem
habe
er
Ängste
erwähnt,
d eren
nähere
Beschreibung
nicht
möglich
gewesen
sei .
Die
Schwingungsfähigkeit
sei
reduziert.
Entgegen
seinen
subjektiven
Angaben
sei
eine
Antriebsminderung
nicht
objektivierbar.
Ein
Interessen-
oder
Freudverlust

an
Aktivitäten
sei
auch
zu
verneinen,
zumal
der
Beschwerdeführer
TV
schaue,
Musik
höre,
mit
seinen
Söhnen
und
der
Ehefrau
im
Restaurant
essen
gehe
und
sein
Enkelkind
betreue.
Ein
Verlust
des
Selbstvertrauens,
unbegründete
Selbstvorwürfe
und/oder

Schuldgefühle
bestünden
ebenfalls
nicht.
Psychomotorisch
habe
sich
der
Beschwerdeführer
etwas
unruhig-angespannt
gezeigt.
Alsdann
sei
eine
Diskrepanz
zwischen
der
subjektiven
Schmerz angabe
und
dem
klinischen
Status
aufgefallen;
die
Schmerzangabe
von
VAS
10
habe
in
keiner
Weise

korreliert
mit
dem
klinisch e n
Bild.
Zudem
habe
der
Beschwerdeführer
wede r
schmerzassoziierte
Verhaltensweisen
noch
entsprechende
vegetative
Zeichen
wie
Schwitzen,
Bewegungsunruhe
etc.
gezeigt.
Das
Ausmass
der
geschilderten
Beschwerden
stehe
auch
diskrepant
zur
bisherigen
Inanspruchnahme
therapeutischer
Massnahmen.

Der
Beschwerdeführer
nehme
auch
keine
Schmerzmittel
ein.
Eine
in
diesem
Kontext
zu
bedenkende
chronische
Schmerzstörung
mit
somatischen
und
psychischen
Faktoren
(ICD-10:
F45.41)
sei
zu
verneinen,
da
im
Sinne
eines
«Ausschlussvorbehaltes»
formal
eine
affektive
Störung,

nämlich
eine
leichtgradig
depressive
Episode
bestehe.
Die
in
den
Vorakten
dokumentierte
generalisierte
Angststörung
könne
nicht
eindeutig
und
zweifelsfrei
nachvollzogen
werden;
die
Schilderungen
diesbezüglich
sein
nicht
zielführend
und
zudem
lückenhaft
verblieben.
Konkrete
Nachfragen
sein
mit

«ich
weiss
nicht »
beantwortet
worden.
Eine
ergänzende
testpsychologische
Beschwerdevalidierung
(SFSS)
habe
eine
«negative
Antwortverzerrung»
belegt
(Urk.
10/22/23
ff. ;
Urk.
10/22/30
f.).
Infolge
der
leichtgradig
depressiven
Störung
sei
der
Beschwerdeführer
in
seiner
zuletzt
ausgeübten
Tätigkeit

als
Ausfuger
zu
10
%
arbeitsunfähig;
in
einer
leidensanpassten
Tätigkeit,
die
auf
die
eingeschränkte
Belastbarkeit
des
Beschwerdeführers
Rücksicht
nehme
(erhöhter
Pausenbedarf)
bestehe
eine
uneingeschränkte
Arbeitsfähigkeit
(Urk.
10/22/33). 4 .
4 .1
Im
polydisziplinären
Gutachten
vom
7.
Mai

2024

hielten

die

begutachtenden

Fachärzte

folgende

Diagnosen

mit

Auswirkungen

auf

die

Arbeitsfähigkeit

fest

(Urk.

10/96/11): - Komplexe

Bewegungsstörung

mit

polymorphen

und

multi f o k alen

Zuckungen,

schwerpunktmässig

im

Gesichts-

und

Kopfbereich,

mit

zusätzlich

assozierten

Vokalisationen

(EM

1995),

DD

(atypisches)

Tourette-Syndrom? ; - l eichte
neuropsychologische
Funktionsstörung ; - r ezipierende
depressive
Störung,
gegenwärtig
leichte
bis
mittelgradige
depressive
Episode
(ICD-10:
F33.1) ; - g eneralisierte
Angststörung,
aktuell
dekompensiert
(ICD-10:
F41.1) ; - a nhaltende
somatoforme
Schmerzstörung
(ICD-10:
F45.40) ;
Ohne
Auswirkungen
auf
die
Arbeitsfähigkeit
hielten
sie
(1)
Diabetes
mellitus,
(2)
Hypothyreose,

(3)

anamnestisch

Status

nach

Melaena

vor

Jahren,

(4)

sonstige

belastende

Lebensumstände ,

die

Familie

und

Haushalt

negativ

beeinflussen ;

aktuell

erkrankte

Ehegattin

(ICD-10:

F63.7),

(5)

Probleme

in

Verbindung

mit

ökonomischen

Verhältnissen

(ICD-10:

Z59),

(6)

chronische

unspezifische

Kreuzschmerzen

und

(7)

Spreizfüsse

als

Hauptdiagnosen

fest

(Urk.

10/96/11

f.).

In

allgemeinmedizinischer

Hinsicht

ergaben

sich

unauffällige

Untersuchungsbefunde

und

dementsprechend

keine

arbeitsrelevanten

Einschränkungen

(Urk.

10/96/47

ff.).

Die

neurologische

Exploration

habe

sich

schwierig

gestaltet ,

was

jedoch

keiner
unzureichenden
Kooperationsbereitschaft
seitens
des
Beschwerdeführers
geschuldet
sei .
Eine
strukturierte
Anamnese
sei
kaum
möglich
gewesen.
Der
Beschwerdeführer
habe
viel
gesprochen,
oft
zusammenhangslos,
inhaltlich
sprunghaft
und
teils
mit
Gedankenabbrüchen
mitten
im
Satz.
Gefragt
nach
dem

aktuellen
Befinden
habe
der
Beschwerdeführer
berichtet,
dass
er
nicht
schlafen
könne
beziehungsweise
er
schlafe
schon,
aber
nicht
gut,
mit
unangenehmen
Träumen
und
Missempfindungen
in
den
Beinen.
Tagsüber
gehe
er
wieder
laufen
und
aus
dem

Haus.
Dies
seitdem
sein
Enkelkind
vor
viereinhalb
Jahren
zur
Welt
gekommen
sei.
Alsdann
habe
der
Beschwerdeführer
umfangreich
und
unzusammenhängend
von
Schmerzen
berichtet.
Er
leide
unter
permanenten
Schmerzen.
Die
Schmerzen
seien
überall
beziehungsweise
überall
dort ,

wo
Knochen
sein.
Bei
vertiefter
Befragung
habe
er
Schmerzen
im
Bereich
der
Rippen,
des
Rückens,
des
Bauches,
der
Arme
und
Beine
sowie
im
Kopf
berichtet.
Er
empfinde
Schmerzen
vor
allem
auf
Druckreize.
Es
gehe

besser,
wenn
er
sich
wenig
bewege.
Auf
wiederholtes
Nachfragen
habe
der
Beschwerdeführer
die
Schmerzen
bei
V AS
6-6
 $\frac{1}{2}$
skaliert.
Die
seelischen
Schmerzen
seien
tausendmal
schlimmer
als
die
körperlichen
Schmerzen.
Bei
gezielte
Frage
nach
Sensibilitätsstörungen

habe
der
Beschwerdeführer
geantwortet,
dass
es
ohne
Medikamente
(Cymbalta)
nicht
gehe.
Er
spüre
manchmal
eine
leichte
Schwäche
in
den
Beinen.
Vor
allem
habe
er
Angst
vor
einer
Wiederkehr
der
eingangs
geschilderte n
Schwächezustände .
Er
habe

zudem
fünfmal
ein
Blackout
erlitten,
wo
alles
um
ihn
herum
schwarz
geworden
und
er
gestürzt
sei.
Nähere
Umstände
zu
diesen
Episoden
seien
jedoch
nicht
eruiert
gewesen .
Der
Beschwerdeführer
sei
tausendmal
auf
der
Notfallstation
gewesen

und
wisse
nicht,
was
herausgekommen
sei.
Die
Zuckungen
kämen
vom
Bauch
her,
er
könne
es
nicht
näher
beschreiben.
Auch
die
Lokalisation
der
Zuckungen
habe
zunächst
nicht
klar
eruiert
werden
können.
Schliesslich
habe
sich
ergeben,

dass
die
Zuckungen
vor
allem
den
Kopf
betreffen
würden.
Erstmals
sein
diese
Zuckungen
vo r
ca.
30
Jahren
aufgetreten.
Im
Langzeitverlauf
hätten
sich
diese
nicht
verändert;
fraglich
sein
sie
ein
klein
wenig
besser
geworden.
Auslösende

Faktoren
sein
nicht
eruiert.
Die
Zuckungen
würden
regellos
auftreten
und
sein
weder
unterdrückbar
noch
schmerzhaft.
Die
neurologischen
Abklärungen
am
I.____
hätten
ergeben,
dass
alles
von
der
Depression
komme;
er
habe
keine
neurologische
Krankheit
(Urk.

10/96/60

f.).

Seit

fünf

Jahren

arbeite

er

nicht

mehr.

Er

habe

es

noch

zweimal

versucht,

aber

es

sei

nicht

mehr

gegangen.

Zu

den

Umständen

der

eingetretenen

Arbeitsunfähigkeit

habe

der

Beschwerdeführer

einerseits

eine

erneute

Episode

mit
den
eingangs
geschilderten
Beispielen
und
andererseits
eine
Einvernahme
durch
die
Polizei
berichtet
wegen
eines
unklaren
Tötungsdeliktes.
Die
Umstände
und
Gründe
der
anhaltenden
Arbeitsunfähigkeit
hätten
sich
jedoch
auch
bei
vertiefter
Befragung
nicht
näher
erklären

lassen .

Der

Beschwerdeführer

habe

ausgeführt ,

er

sei

kraftlos.

Er

habe

bemerkt,

dass

etwas

nicht

mehr

stimme

mit

ihm.

In

sozialer

Hinsicht

habe

d er

Beschwerdeführer

ausgeführt,

dass

er

sich

viel

mit

seiner

Ehefrau

streiten

würde.

Näheres
zur
Wohnsituation
habe
nicht
eruiert
werden
können.
Seine
Frau
habe
früher
70
%
gearbeitet
und
das
Pensum
kürzlich
auf
100
%
gesteigert,
da
der
Beschwerdeführer
kein
Einkommen
mehr
erziele.
Den
Haushalt
verrichte
mehrheitlich

seine
Frau.
Der
Beschwerdeführer
beteilige
sich
manchmal,
«aber
nicht,
wenn
er
verrückt
sei».
Strukturierte
Tagesaktivitäten
und
Interessen
hätten
sich
nicht
eruiieren
lassen .
Er
rauche
zwei
Paket
Zigaretten
am
Tag;
Alkohol
konsumiere
er
nicht
(Urk.

10/96/6 2

f.).

Der

Beschwerdeführer

sei

vom

Bruder

zur

Begutachtung

gefährdet

worden

und

habe

sich

Erschöpfung

signalisierend

ins

Untersuchungszimmer

geschleppt.

Klinisch

bestehe

eine

intakte

Vigilanz.

Im

Übrigen

sei

die

Exploration

praktisch

unmöglich

gewesen.

Nebst

den

sprunghaften,
von
der
Fragestellung
oft
abweichen den
Ausführungen
habe
der
Beschwerdeführer
unruhig
und
angespannt
gewirkt.
Auch
körperlich
habe
sich
eine
Bewegungsunruhe
gezeigt.
Er
sei
auf
dem
Stuhl
hin
und
her
gerutscht
und
habe
nervös
gewippt

mit
den
Beinen.
Im
Verlauf
der
Untersuchung
hätten
sich
zunehmend
Dyskinesie-artige
Zuckungen
gezeigt,
welche
zumindest
teilweise
an
Tics
erinnert en .
Die
Dyskinesien
hätten
vorwiegend
das
Gesicht,
teils
mehr
die
linke
Seite,
teils
mehr
die
rechte

Seite,
teils
den
ganzen
Kopf
betroffen
mit
seitenalternierend
rotierenden
und
auch
seit en neigenden
ruckartige n
Bewegungen.
Insgesamt
habe
die
Bewegungsstörung
ein
irreguläres
Muster
gezeigt,
welches
nicht
zwangslos
zuordenbar
sei;
zeitweise
seien
auch
die
Extremitäten
betroffen
g e wesen.

Am
ehesten
sei
die
Bewegungsstörung
mit
einem
Tourette-Syndrom
zu
assoziiieren,
zumal
sie
–
im
Verlauf
zunehmend
–
auch
mit
Vokalisationen
einhergegangen
seien;
der
Beschwerdeführer
habe
brummende,
knurrende
und
stöhnende
Laute
von
sich
gegeben.
Die

Untersuchung

im

Liegen

habe

sich

als

schwierig

erwiesen,

da

der

Beschwerdeführer

zunehmend

unruhig

geworden

sei

und

deklariert

habe,

dass

er

nicht

länger

liegen

könne.

Die

Untersuchung

der

unteren

Extremitäten

habe

daher

nicht

vollständig

durchgeführt

werden
können.
Die
Blickmotorik
sei
soweit
beurteilbar
intakt.
Die
Sensibilitätsprüfung
im
Gesicht
und
an
den
oberen
Extremitäten
sei
nicht
sicher
verwertbar
mit
fraglicher
Angabe
einer
rechts
verstärkten
Wahrnehmung
von
Berührungsreizen
im
Vergleich
zu
links .

Betreffen die
die
unteren
Extremitäten
habe
der
Beschwerdeführer
inkonstante
Angaben
gemacht.
Die
mimische
Muskulatur
sei
intakt,
ohne
Facialisparese;
intermittierend
hätten
sich
Tic-artige
Bewegungsstörungen
der
Gesichtsmuskulatur
ergeben
wie
oben
beschrieben.
An
der
oberen
und
unteren
Muskulatur

hätten
sich
weder
Atrophien
noch
motorische
Paresen
oder
ein
erhöhter
Muskeltonus
ergeben;
auch
kein
Ruhetremor.
Die
Diadochokinese
sei
beidseits
unauffällig.
Der
Positionsversuch
der
Beine
und
Knie-Hacken-Versuch
sei ein
nicht
untersuchbar
gewesen.
Die
Muskeleigenreflexe
an
den

Armen
und
Beinen
sein
symmetrisch
schwach
auslösbar
und
das
Babinskizeichen
beidseits
negativ.
Der
Beschwerdeführer
habe
ein
schwerfälliges
Gangbild
mit
Signalisation
von
Rückenschmerzen
gezeigt,
jedoch
ohne
ersichtliche
neurogene
Gangstörung.
Die
komplizierten
Gangarten,
einschliesslich
des
Fersen-,

Zehen -
und
Strichgangs
sein
möglich
gewesen
(Urk.
10/96/65
f.) .
Zusammenfassend
habe
der
unruhig
und
erschöpft
wirken de
Beschwerdeführer
anlässlich
der
aktuellen
Exploration
bei
intakter
Kooperation
eine
ausgeprägte
komplexe
und
polymorphe
Bewegungsstörung
gezeigt,
welche
jedoch
keiner

neurologischen
Krankheitsdiagnose
zugeordnet
werden
können
(Urk.
10/96/68) .
Beim
Fehlen
einer
neurologischen
Krankheitsdiagnose
sei
eine
Arbeitsfähigkeitsbeurteilung
schwierig.
Es
sei
schwer
vorstellbar,
dass
der
Beschwerdeführer
noch
arbeitsfähig
sei.
Andererseits
sei
festzuhalten,
dass
die
Bewegungsstörung
anamnestisch
seit

ca.
1995
vorbest ehe,
sich
nach
Angaben
des
Beschwerdeführers
im
Langzeitverlauf
nicht
verändert
habe
und
letzterer
gleichwohl
von
2003
bis
2019
vollzeitlich
gearbeitet
habe.
Es
sei
also
anzunehmen,
dass
der
Beschwerdeführer
unter
alleiniger
Berücksichtigung
der

Bewegungsstörung

unter

adaptierten

Bedingungen

arbeitsfähig

wäre.

Jedoch

sei

zu

berücksichtigen,

dass

mit

dem

vorliegenden

Erscheinungsbild

einer

komplexen

Bewegungsstörung

mit

zusätzlichen

Vokalisationen

eine

erfolgreiche

Stellenbewerbung

im

ersten

Arbeitsmarkt

heute

praktisch

als

aussichtslos

zu

beurteilen

sei

(Urk.
10/96/70
f.).
Gegenüber
dem
rheumatologischen
Gutachter
habe
der
Beschwerdeführer
berichtet,
dass
er
im
Jahr
2008
schlimme
Kreuzschmerzen
gehabt
und
dabei
die
Beine
nicht
mehr
gespürt
habe.
Sein
Hausarzt
habe
ihm
Deanxit
verschrieben.
Unter

diesem

Medikament

habe

er

noch

E. 13

½

Jahre

weiterarbeiten

können.

Aktuell

komme

es

manchmal

zu

stichtartigen

Schmerzen

im

Kreuz

und

auch

zu

einem

Kraftverlust

der

Beine

(Urk.

10/96/78).

Wenn

er

spazieren

gehe,

habe

er

danach
mehr
Kreuzschmerzen.
Er
erhalte
serienweise
physiotherapeutische
Behandlungen
und
führe
Gymnastikübungen
durch,
die
ihm
aber
wenig
helfen
würden.
2023
sei
er
zudem
in
einer
Rehaklinik
in
J.____
gewesen;
die
Bewegungen
im
Hallenbad
hätten
ihm

vorübergehend
geholfen.
Als
Schmerzmedikament
nehme
er
bedarfsweise
Dafalgan
ein
(Urk.
10/96/80
f.).
Nachdem
der
Beschwerdeführer
im
Rahmen
der
Anamnese
bereits
35
Minuten
auf
dem
Stuhl
gesessen
habe,
habe
er
berichtet,
dass
er
kaum
5

Minuten
sitzen
könne.
Die
klinische
Untersuchung
sei
infolge
der
als
Ausdruck
eines
nicht-somatischen
Beschwerdebildes
wiederholten
Gegeninnervationen
stellenweise
beeinträchtigt
gewesen
(Urk.
10/96/82).
Bei
passiv
freier
Beweglichkeit
beider
Schultergelenke
und
unauffälligen
Rotatorenmanschettentests
sei
die
aktive
Beweglichkeit

beider
Schultern
deutlich
reduziert,
ohne
erkennbaren
klinischen
Grund.
Zudem
seien
3
von
5
Waddell-Zeichen
positiv.
Vor
diesem
Hintergrund
seien
die
beschriebenen
Kreuzschmerzen
nur
teilweise
plausibel.
Eine
arbeitsrelevante
Diagnose
habe
sich
auf
rheumatologischem
Fachgebiet
jedenfalls

nicht
ergeben
(Urk.
10/96/85
f.).
Gegenüber
dem
begutachtenden
Psychiater
habe
der
Beschwerdeführer
berichtet,
er
sei
seit
fünf
Jahren
kaputt
und
fertig.
Vor
E. 16
Jahren
habe
das
Ganze
mit
dem
Schwarzwerden
angefangen.
Es
sei
ihm

grau
gewesen,
wie
Wolken.
2019
habe
ihn
das
Ganze
erneut
eingeholt.
Er
habe
sich
so
gefremdet
auf
die
Ferien,
es
sei
Winter
gewesen.
Weihnachten
habe
vor
der
Tür
gestanden.
Nach
den
Ferien
habe
er

ein
Telefon
von
der
Polizei
bekommen.
Er
sei
im
Zusammenhang
mit
einem
Tötungsdelikt
befragt
worden,
was
bei
ihm
massiv
Angst
ausgelöst
habe.
Er
sei
froh
gewesen,
dann
sei
plötzlich
das
«Dings»
gekommen,
das
«Öppis»

sei
gekommen,
«Scheisse»
auf
Deutsch.
Er
sei
depressiv
geworden
und
habe
keine
Kraft
und
Gesichtsschmerzen
gehabt ;
selbst
die
Augen
und
Finger
würden
schmerzen.
Wenn
er
rausgehe ,
verstärkten
sich
die
Schmerzen.
Zudem
habe
d er
Beschwerdeführer

immer
Panik
und
Angst
vor
der
Angst.
Seine
Frau
sei
während
seiner
Hospitalisation
in
J.____
an
Krebs
erkrankt
und
nun
auch
depressiv.
Es
gebe
ständig
Streit
zwischen
ihm
und
seiner
Ehefrau.
Seit
einem
Jahr

laufe
es
in
der
Ehe
nicht
mehr
optimal.
Angesprochen
auf
das
Grunzen
habe
der
Beschwerdeführer
ausgeführt,
das
Grunzen
habe
zugenommen.
Er
habe
Angst,
wenn
er
mit
einer
Person
rede,
die
er
nicht
kenne.
Das

Problem
kenne
er
allerdings
schon
seit
1995.
Damals
habe
er
Magen-Darm-Probleme
gehabt
mit
schwarzem
Blut.
Nach
einer
Magenspiegelung
seien
Zuckungen
aufgetreten
mit
ausgesprochen
angespanntem
Nacken.
In
der
Folge
sei
er
mehrmals
kollabiert
und
zitternd

am
Boden
gelegen.
Er
sei
dann
«wie
weg».
Es
komme
einfach,
er
sei
hochdepressiv
gewesen.
Er
habe
immer
Angst,
auch
vor
Krebs
und
vor
dem
Sterben.
Selbst
vor
dem
Buchstaben
«K»
habe
er
Angst ,

wenn
er
diesen
gelesen
habe,
weil
das
«Krebs»
bedeuten
könne
(Urk.
10/96/144
f.).
Angesprochen
auf
die
Tourette-ähnlichen,
ticartigen
Bewegungen
habe
der
Beschwerdeführer
berichtet,
diese
würden
seit
E. 17
Jahren
vorbestehen.
Es
seien
vor
allem
Zuckungen

im
Gesicht,
sein
Nacken
sei
dabei
völlig
blockiert.
Die
Zuckungen
würden
vor
allem
in
Ruhe
auftreten .
Unter
Deanxit
habe
er
diese
Zuckungen
weniger
gehabt,
sei
dafür
aber
oft
müde
gewesen,
so
dass
er
während

der
Arbeitszeit
resp.
über
den
Mittag
im
Auto
habe
schlafen
müssen.
Insgesamt
sei
er
16
Jahre
müde
gewesen,
wobei
er
während
13
Jahre n
trotzdem
weitergearbeitet
habe
(Urk.
10/96/149
f.) .
Er
würde
gern
arbeiten.
In

der
Firma
heisse
es
immer,
dass
sie
ihn
vermissten.
Trotzdem
habe
sein
Chef
ihm
kündigen
müssen.
Vom
Vertrauensarzt
der
Taggeldversicherung
sei
er
jedoch
nur
zu
10
%
krankgeschrieben
worden,
weswegen
die
Taggelder
eingestellt
worden

sein.

Grundsätzlich

sei

er

mit

Bezug

auf

die

Depression

mit

Cipralext

zufrieden.

Im

Kopf

habe

er

allerdings

immer

wieder

Gedanken,

die

ihn

ständig

einholen

und

sich

ausbreiten

würden.

Er

habe

Angst

vor

dem

Anfall

und
keine
Lust
mehr
auf
nichts.
Die
Beine
spüre
er
oft
nicht.
Er
fühle
sich
oft
in
den
Wolken,
habe
keine
Kraft
mehr
zu
stehen
und
könne
in
solchen
Momenten
nicht
einmal
mehr
laufen.

Die
Depression
sei
jetzt
gerade
nicht
mehr
so
wie
früher
(2022),
trotzdem
würden
ihn
Depressionen
immer
wieder
einholen
(Urk.
10/96/155
f.).
Im
Rahmen
der
Befundung
notierte
der
begutachten de
Psychiater,
der
allseits
orientierte,
jedoch
mässig

gepflegte
Beschwerde führer
sei
während
der
Untersuchung
immer
wieder
in
ein
ticartiges
Bewegungsmuster
gefallen
mit
Kopf- ,
Bein -
und
grimassierende n
Bewegungen.
Zudem
habe
er
grunz ähnliche
Laute
von
sich
gegeben
und
häufig
laut
gegähnt.
Letzteres
sei
indessen

nicht
Ausdruck
mangelnder
Kooperation.
Er
habe
versucht,
das
Gespräch
gedanklich
aufzunehmen.
Dies
sei
ihm
allerdings
ausgesprochen
schwergefallen.
Auffällig
sei,
dass
der
Beschwerdeführer
gewisse
Dinge
sehr
gut
ekphorieren
könne,
etwa
Medikamentennamen
und
Dosierungen.
Andererseits
sei

es
ihm
kaum
gelingen,
seine
Beschwerden
exakt
und
klar
zu
benennen.
Dabei
habe
er
jedoch
nicht
den
Eindruck
hinterlassen,
dass
er
seine
Beschwerden
vortäusche
oder
inszeniere.
Der
Beschwerdeführer
habe
einen
psychisch
kranken,
desillusionierten,
freudlosen,

überforderten

und

vor

allem

sehr

einfachen

strukturellen

Eindruck

hinterlassen.

Im

formalen

Denken

sei

er

zeitweilig

danebenredend.

Seine

Ideen

seien

flüchtig,

kreisend

und

perseverierend.

Es

sei

dem

Beschwerdeführer

anlässlich

der

Anamnese

ausgesprochen

schwergesfallen,

sich

an

einen
roten
Faden
zu
halten;
psychotische
Denkstörungen
sein
jedoch
zu
verneinen.
Alsdann
habe
er
mehrmals
deutliche
Symptome
aus
dem
Formenkreis
einer
unspezifischen
Angststörung
mit
Angst
vor
der
Angst,
gelegentlichen
Panikattacken,
hypochondrischen
Befürchtungen
geäußert.
Ebenfalls

habe
er
Symptome
aus
dem
Formenkreis
einer
Affektstörung
mit
Schamgefühlen,
Schuldgefühlen,
Selbstwertproblemen
und
Schmerzen
geäußert.
Seine
Stimmung
sei
affektarm,
zeitweilig
fast
affektstar r
und
der
Beschwerdeführer
hoffnungslos,
pessimistisch,
verzweifelt
und
etwas
klagsam.
Die
Traurigkeit
sei

nur
leicht
ausgeprägt ;
die
Depression
sei
klinisch
maximal
leicht gradig .
Aufmerksamkeit,
Merkfähigkeit
und
Gedächtnisleistungen
seien
erhalten
(Urk.
10/96/156
f.).
Zusammenfassend
bestehe
aktuell
eine
leicht
bis
mittelgradig
ausgeprägt e
Depression,
welche
jedoch
nicht
im
Vordergrund
stehe.
Im

Vordergrund
stunden
die
massiv
zugenommenen
und
dekompensierten
Ängste
sowie
die
hypochondrischen
Befürchtungen,
sodass
heute
von
einer
dekompensierten
Angststörung
auszugehen
sei
(Urk.
10/96/165).
Im
Rahmen
der
interdisziplinären
Konsensberatung
kamen
die
begutachtenden
Fachärzte
zum
Schluss,
die

beruflichen
Ressourcen
des
Beschwerdeführers
sein
limitiert.
Er
verfüge
über
keine
berufliche
Ausbildung
und
habe
hierorts
zeitlebens
in
Hilfsfunktionen
als
Plattenleger
gearbeitet.
Als
intakt
bezeichneten
sie
die
Aufmerksamkeit
und
Konzentrationsfähigkeit
sowie
die
figural-räumliche
Wahrnehmungsfähigkeit
des

Beschwerdeführers.

In

den

nicht-erwerbsbezogenen

Lebensbereichen

liessen

sich

keine

verwertbaren

Ressourcen

erkennen.

Soweit

erkennbar

gehe

der

Beschwerdeführer

keinen

strukturierten

Aktivitäten

und

Beschäftigungen

nach.

4.2

RAD-Arzt

V.

K.____ ,

Facharzt

für

Psychiatrie

und

Psychotherapie,

kam

mit

Stellungnahme

vom
24.
Mai
2024
zum
Schluss ,
aus
dem
Gutachten
des
C.____
ergebe
sich
kein
Gesundheitsschaden
mit
dauerhafter
Einschränkung
der
Arbeitsfähigkeit.
Auf
rheumatologischem
und
neurologischem
Fachgebiet
habe
sich
keine
Diagnose
ergeben.
Sämtliche
Gutachter
hätten
Zuckungen,

brummende,

knurrende,

stöhnende

und

Grunzlaute

beschrieben.

Dies e

könn t e n

keiner

medizinischen

Diagnose

zugeordnet

werden.

Der

begutachtende

Psychiater

habe

zudem

auf

die

vagen,

ausweichenden

Antworten

des

Beschwerdeführers

hingewiesen.

Befunde,

welche

die

psychiatrischen

Diagnosen

unterstützen

könnten,

sein

nicht
dokumentiert.
Insgesamt
beständen
keine
Anhaltspunkte
für
einen
Gesundheitsschaden
mit
dauerhafter
Einschränkung
auf
die
Arbeitsfähigkeit
(Urk.
10/100/7
f.). 5 .
5 .1
Die
Neuanmeldung
vom
9.
September
2021
(Urk.
10/34)
erfolgte
rund
1
Jahr
und
8
Monate

nach
der
Verfügung
vom
15.
Januar
2020. 5 .2
Relevante
Einschränkungen
auf
allgemeinmedizinischem
und
rheumatologischem
Fachgebiet
wurden
gutachterlich
verneint
(Urk.
10/96/47
ff.,
Urk.
10/96/85
f.)
und
auch
vom
Beschwerdeführer
nicht
behauptet
(Urk.
1).
Aldann
wurden
m ultiforme

und
multifokale
Bewegungsstörungen
mit
Vokalisationen
unklarer
Ätiologie
erstmalig
2001 /2002
dokumentiert
(vgl.
Urk.
10/96/55
f. ,
Urk.
10/67) .
Der
C.____ -Neurologe
hielt
fest,
die
anamnestisch
seit
ca.
1995
vorbestehende
Bewegungsstörung
habe
sich
aktenanamnestisch
und
nach
Angaben
des

Beschwerdeführers

anlässlich

der

aktuellen

Untersuchung

im

Langzeitverlauf

nicht

verändert

und

letzterer

habe

ungeachtet

dessen

von

April

2003

bis

Oktober

2019

vollzeitlich

gearbeitet .

Es

sei

also

davon

auszugehen,

dass

d er

Beschwerdeführer

unter

adaptierten

Bedingungen

trotz

dieser
Bewegungsstörung
arbeitsfähig
sei
(Urk.
10/96/67,
Urk.
10/96/13 ,
Urk.
10/96/70) ;
die
Umstände
und
Gründe
der
anhaltenden
Arbeitsunfähigkeit
hätten
sich
denn
auch
bei
vertiefter
Befragung
nicht
näher
eruiieren
lassen
(Urk.
10/96/63).
Erwähnenswert
sind
überdies
die

gutachterlichen
Hinweise
auf
die
diffusen,
teilweise
fraglich
verwertbaren
und
inkonsistenten
Angaben
des
Beschwerdeführers ;
von
einer
Inkongruenz
und
Inkonsistenz
der
Zuckungen
ist
auch
in
den
Vorakten
die
Rede
(vgl.
Urk.
10/96/67).
Ein
gesteigerter
Muskeltonus
und/oder

motorische
Paresen
konnte
der
neurologische
Gutachter
nicht
feststellen ;
ebenso
wenig
eine
neurogene
Gangstörung
(vgl.
Urk.10/96/66).
Vielmehr
ergab
sich
–
konkordant
mit
den
Vorakten
(vgl.
Urk.
10/96/67)
–
weiterhin
ein
normaler
Neurostatus ,
ohne
Konklusion
einer

neurologischen
Diagnose
(vgl.
Urk.
10/96/65
ff.,
Urk.
10/96/70).
Dazu
passend
bestand
zu
keinem
Zeitpunkt
eine
neurologische
Behandlungsindikation
(Urk.
10/96/67) .
Soweit
der
neurologische
C.____ - Gutachter
ausführte,
es
sei
für
ihn
schwer
vorstellbar,
dass
der
Beschwerdeführer
infolge

der
Bewegungsstörung
mit
Vokalisationen
noch
arbeitsfähig
sei
(Urk.
10/96/70),
widerspricht
dies
der
Berufsbiographie
des
Beschwerdeführers
und
kann
von
einer
medizinisch
begründeten
Arbeitsfähigkeitsbeurteilung
nicht
die
Rede
sein.
In
psychiatrischer
Hinsicht
taxierte
der
begutachtende
Facharzt
die

klinisch
depressive
Symptomatik
übereinstimmend
mit
Dr.
B.____
als
maximal
leicht
(vgl.
Urk.
10/96/158 ;
vgl.
auch
de n
Verlaufsbericht
vom
7.
Februar
2023 ,
worin
d ie
behandelnde
Ärzteschaft
der
O.____
festhielte,
die
depressive
Symptomatik
habe
sich
im

Krankheitsverlauf

verbessert,

Urk.

10/96/136

f.;

vgl.

auch

den

Bericht

vom

9.

März

2022,

worin

die

rezidivierende

depressive

Störung

gar

als

gegenwärtig

remittiert

beurteilt

wurde,

Urk.

10/50/5).

Im

Vordergrund

–

so

der

psychiatrische

Gutachter

weiter

-

stehe

die

Angststörung

(vgl.

Urk.

10 / 96/165) .

Eine

generalisierte

Angststörung

hat

bereits

Dr.

B.____

im

Gutachten

vom

E. 19

Mai

2022

begründen

(vgl.

Bericht

vom

27.

Juni

2022,

Urk.

10/ 60) .

Insbesondere

erfolgte

diese

aufgrund

der

dem
Beschwerdeführer
auferlegten
Schadenminderungspflicht
(vgl.
hievord
Sachverhalt
Ziff.
1.1,
Urk.
10/52).
Überdies
weilte
der
Beschwerdeführer
bereits
vom
26.
Januar
bis
27.
März
2019
stationär
in
der
O.____
(vgl.
hiervord
E.
3.1,
Urk.
10/21,
Urk.

10/78/2).

Zur

Zeit

der

psychosomatischen

Rehabilitation

im

J.____

vom

E. 22

Januar

2023

bis

3.

März

2023

(vgl.

Austrittsbericht

vom

1.

März

2023,

Urk.

10/77)

bestanden

zudem

ausgeprägte

psychosoziale

Belastungen

und

Stressreaktionen

durch

den

geplanten

Auszug
des
Sohnes
per
Ende
Mai
2023
aus
der
gemeinsamen
Wohnung,
den
eigenen
bevorstehenden
Umzug
in
eine
neue
Wohnung
und
die
häufigen
Spannungen
und
Probleme
innerhalb
der
Ehe
(vgl.
Urk.
10/78/3).
Weshalb
die

–

lediglich
differenzialdiagnostisch
erwogene
-
(atypische)
Tourette-ähnliche
Symptomatik
zugenommen
haben
soll
(vgl.
Urk.
10/96/166),
liess
der
psychiatrische
C.____ -Gutachter
gänzlich
unbegründet.
Der
Vollständigkeit
halber
bleibt
auch
anzumerken,
dass
die
vom
C.____ -Psychiater
postulierte
somatoforme
Schmerzstörung
ohne
jegliche

diagnostische
Herleitung
und
überdies
ohne
Auseinandersetzung
mit
der
diskrepanten
Einschätzung
von
Dr.
B.____
er folgte.
Soweit
die
begutachtenden
Fachärzte
des
C.____
aus
interdisziplinärer
Sicht
schliesslich
eine
100%ige
Arbeitsfähigkeit
für
sämtliche
Tätigkeiten
seit
dem
1.
November

2019
(seit
Erhalt
der
Kündigung ,
effektiv:
Beendigung
des
Arbeitsverhältnisses)
postulierten
(vgl.
Urk.
10/96/14) ,
begründeten
sie
dies
vornehmlich
IV-fremd
mit
der
fehlenden
beruflichen
Ausbildung
und
damit,
dass
eine
erfolgreiche
Stellensuche
in
Anbetracht
der
zusätzlichen
Vokalisationen

als
praktisch
aussichtslos
zu
beurteilen
sei
(Urk.
10/96/12,
Urk.
10/96/70
f.).
Als
Referenzpunkt
gilt
indessen
der
hypothetisch
als
ausgeglichen
unterstellte
Arbeitsmarkt
(BGE
147
V
124
E.
6.2) .
Dieser
berücksichtigt
die
konkrete
Arbeitsmarktlage
nicht
und

sieht
von
den
fehlenden
oder
verringerten
Chancen
gesundheitlich
Beeinträchtigter
ab,
tatsächlich
eine
zumutbare
und
geeignete
Arbeitsstelle
zu
finden.
Er
umschliesst
einerseits
ein
Gleichgewicht
zwischen
dem
Angebot
von
und
der
Nachfrage
nach
Stellen;
andererseits
bezeichnet

er
einen
Arbeitsmarkt,
der
von
seiner
Struktur
her
einen
Fächer
verschiedenartiger
Stellen
offen
hält
(BGE
148
V
174
E.
9.1
mit
Hinweisen;
Urteil
des
Bundesgerichts
8C_300/2022
vom
2.
März
2023
E.
4.2).
Im
Übrigen

stellt
eine
höhere
Einschätzung
der
Arbeitsunfähigkeit
und
damit
eine
bloss
andere,
abweichende
Beurteilung
eines
im
Wesentlichen
gleich
gebliebenen
Sachverhaltes
keine
revisionsrechtlich
relevante
Änderung
dar
(BGE
112
V
371). 5 .3
Zusammenfassend
ist
bei
der
hinreichend
aufschlussreichen

Aktenlage
mit
dem
Beweisgrad
der
überwiegenden
Wahrscheinlichkeit
ausgewiesen ,
dass
im
massgeblichen
Zeitraum
keine
revisionsrelevante
Veränderung
vorliegt .
Damit
erübrigen
sich
weitere
Abklärungen.
Weil
es
damit
an
einem
Revisionsgrund
fehlt,
bleibt
kein
Raum
für
eine
in

rechtlicher
und
tatsächlicher
Hinsicht
umfassende
Prüfung
des
Rentenanspruchs.

Die
angefochtene
Verfügung
erweist
sich
im
Ergebnis
als
rechtens
und
die
Beschwerde
ist
entsprechend
abzuweisen.

6 .

Die
Kosten
des
Verfahrens
sind
auf
Fr.
700.--
festzulegen
und

ausgangsgemäss
vom
Beschwerdeführer
zu
tragen
(Art.
69
Abs.
1 bis
des
Bundesgesetzes
über
die
Invalidenversicherung ,
IVG). Das
Gericht
erkennt: 1.
Die
Beschwerde
wird
abgewiesen . 2.
Die
Gerichtskosten
von
Fr.
700 .--
werden
dem
Beschwerdeführer
auferlegt.
Rechnung
und
Einzahlungsschein
werden

dem
Kostenpflichtigen
nach
Eintritt
der
Rechtskraft
zugestellt. 3.
Zustellung
gegen
Empfangsschein
an: - CAP
Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft
AG - 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
Beweis mittel
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 HurstHediger

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