

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00437 vom 2. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00437

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00437 du 2 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00437 del 2 aprile 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1966, arbeitete zuletzt von August 2007 bis April 2013 als Dreher bei der Y.____, wobei ihm aufgrund der Schliessung seiner Abteilung aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt wurde; hernach war er arbeitslos (vgl. Urk. 9/10/1-2; Urk. 9/38/32) beziehungsweise im Rahmen eines Beschäftigungsprogrammes im 2. Arbeitsmarkt vom 6. Juni 2016 bis 31. August 2017 bei der Z.____ in A.____ in der Verpackung tätig (vgl. Urk. 9/25). Unter Hinweis auf eine seit zwei Jahren bestehende Krankheit der linken Schulter meldete sich der Versicherte am 11. Dezember 2017 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Unfallversicherung bei (Urk. 9/15) und holte bei B.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 17. Januar 2019 erstattet wurde (Urk. 9/38).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9/42; Urk. 9/49; Urk. 9/58) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 16. Mai 2019 einen Leistungsanspruch (Urk. 9/60 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht 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. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

E. 1.3.1

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 Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen). Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 1.4

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in

Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 17. Juni 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. Mai 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen, eventuell sei en ihm berufliche Massnahmen zu ge währen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. Juli 2019 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 8. August 2019 (Urk. 10) reichte der Beschwerdeführer einen medizinischen Bericht (Urk. 11/1-2) ein. Mit Gerichtsverfügung vom 12. August 2019 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeant wort sowie der Beschwerdegegnerin die Eingabe des Beschwerdeführers vom 8. August 2019 mitsamt Beilagen zugestellt (Urk. 12).

Der vom Beschwerdeführer am 13. September 2019 (Urk. 14) eingereichte medi zinische Untersuchungsbericht (Urk. 15) wurde der Beschwerdegegnerin mit Ge richtsverfügung vom 16. September 2016 (Urk. 16) zur Stellungnahme zugestellt. Die Beschwerdegegnerin teilte am 18. Oktober 2019 ihren Verzicht auf die Ein reichung einer Stellungnahme mit (Urk. 17), was dem Beschwerdeführer am 21. Oktober 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungsablehnung – unter Hinweis auf das Gutachten der B.____ – damit, dass beim Beschwerdeführer eine körperlich angepasste Tätigkeit seit jeher voll zumutbar sei. Im Oktober 2017 sei eine Schul teroperation erfolgt . Seit diesem Zeitpunkt könne der Beschwerdeführer seine an gestammte Tätigkeit als Dreher nicht mehr ausüben. Beim Einkommensvergleich sei das Valideneinkommen gestützt auf statistische Werte ermittelt worden, da der Beschwerdeführer seine Stelle aus wirtschaftlichen Gründen verloren habe und schon seit mehreren Jahren stellenlos sei. Gestützt auf die statistischen Werte resultiere ein Invaliditätsgrad von 7 %. Ein leidensbedingter Abzug sei wegen des ausgewogenen ersten Arbeitsmarktes nicht zu gewähren. Ausserdem sei der Be schwerdeführer bei der Stellensuche nicht eingeschränkt , weshalb keine Einglie derungsmassnahmen angezeigt seien und das Regionale Arbeitsvermittlungszent rum (RAV) hierfür zuständig sei (Urk. 2 S.

2).

E. 2.2

Demgegenüber mach te der Beschw erdeführer geltend (Urk. 1), angesichts der bildgebenden Befunde der Hals- (HWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) vom De zember 2018 erweise sich das orthopädische B.____ -Gutachten als nicht ver wertbar, da der Gutachter die Problematik der HWS/LWS als unbedeutend ein schätze. Er habe nicht alle Diagnosen berücksichtigt (S. 4 ff.) . Ferner bestünden gemäss der behandelnde n Psychiaterin psychische Diagnosen. Die Indikatoren prüfung im B.____ -Gut a chten sei äusserst ungenau erfolgt. Bei vorliegendem Beschwerdebild sei er bereits für eine leichte Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig (S. 6 ff.) . Sodann sei beim Einkommensvergleich ein leidensbedingter Abzug von 25 % zu gewähren, da er über keine anerkannte

Berufsausbildung verfüge, bereits 53-jährig sei und ihm keine körperlichen Tätigkeiten mehr zumutbar seien (S. 8 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 3. 3.1

Dem Arztbericht von Dr. med.

C.____, Facharzt für Neurochirurgie, D.____, vom 15. April 2016 (Urk. 9/12/11-12) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer unter anderem an einer Lumboischialgie beidseits bei Segmentdegeneration L4/5 mit schwerer Spinalkanalstenose und Spondylarthrose sowie an einer leichten Spinalkanalengehung L2/3 und L3/4 leidet (S. 1). Die Beschwerden seien gemäss dem Neurochirurgen klar durch die schwere Stenose mit Segmentdegeneration L4/5 zu erklären. Es werde unter anderem eine Sanierung des Segmentes empfohlen (S. 2). 3.2

Am 12. April 2017 übersah der Beschwerdeführer eine hinter ihm stehende Gitterbox und schlug sich beim Umdrehen die Schulter an dieser an (vgl. Schadenmeldung UVG, Urk. 9/15/2 Ziff. 4). 3.3

Am 5. Oktober 2017 berichteten die Ärzte der E.____ über die am gleichen Tag durchgeführte Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 9/8/7-9). Als Hauptdiagnosen nannten sie eine Partialläsion der Subscapularis mit instabiler Bizepssehne links, eine fortgeschrittene AC-Gelenksarthrose mit subacromialem

Impingement sowie eine Supraspinatus Partialruptur links (S. 1 oben). Schmerzgebend sei vor allem die deutlich fortgeschrittene AC-Gelenksarthrose mit begleitender subacromialer Bursitis bei subacromialem

Impingementsyndrom. Es werde klar zum operativen Vorgehen geraten, da ein rein konservatives Vorgehen keine Beschwerdefreiheit bringen werde (S. 2 unten).

Am 18. Oktober 2017 wurde in der E.____ die Subscapularissehne arthroskopisch und die subpectorale

Bizepsstenodese

saniiert (vgl. Operationsbericht vom 18. Oktober 2017, Urk. 9/8/10-12). Die Entlassung des Beschwerdeführers in die ambulante Weiterbildung erfolgte am 21. Oktober 2017 in gutem Allgemeinzustand (vgl. Urk. 9/8/13-14 S. 2).

Sechs Wochen nach erfolgter Schulterarthroskopie links mit Rekonstruktion der Subscapularissehne, Rekonstruktion der anterioren

Supraspinatussehne mittels PASTA-Repair, subpectorale

Bizepsstenodese, Akromioplastik und AC-Gelenkresektion, wurde von den Ärzten der E.____ mit Bericht vom 30. November 2017 (Urk. 9/8/15-16) ein stark schmerzgeplagter Zustand beschrieben. Als Befund erhoben sie eine massivste Muskelverspannung und erachteten die Fortführung der Physiotherapie als unbedingt notwendig (S. 1). 3.4

Die Ärzte der E.____ berichteten der Beschwerdegegerin am 8. Januar 2018 (Urk. 9/12/1-4). Nebst den bekannten Diagnosen (Ziff. 1.1 Subziffer 1.) diagnostizierten sie lumboradikuläre Schmerzen beidseits sowie eine Hypothyreose (Ziff. 1.1 Subziffer 2.). Der

Beschwerdeführer habe weiterhin Schmerzen in der linken Schulter sowohl im Ruhezustand als auch beim Bewegen. Es sei keine Belastung erlaubt, nur aktives Bewegen. Ebenso habe der Beschwerdeführer täglich lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung links oder rechts oder beidseits bis in die Knie beim längeren Stehen und Gehen (Ziff. 1.4). In der angestammten Tätigkeit als Maschinenmechaniker respektive als Mechaniker in einer Giesserei bestehe seit 24. April 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Stehende, mit teilschwere bis schwere Arbeit sei wegen der Schulter (erhebliche Bewegungseinschränkung) und der Spinalkanalstenose nicht mehr möglich. Ebenso träten beim Sitzen lumbale Beschwerden auf (Ziff. 1.7).

3.5

Am 19. April 2018 (Urk. 9/17/5-6) berichteten die Ärzte der E.____

erneut über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Dieser leide noch immer an persistierenden starken Schmerzen und einer Funktionsstörung der linken Schulter sowie an beginnenden Schulterschmerzen rechts bei ebenfalls Partialläsion der Subscapularissehne mit beginnender AC-Gelenksarthrose (S. 1 oben). Aus schulterchirurgischer Sicht sei die Schulter nicht verbesserbar und die klinischen Befunde seien mit den vorliegenden radiologischen Befunden auch nicht zu erklären. Insgesamt sei der Wiedereintritt als schwertätiger Arbeiter mit links Dominanz unwahrscheinlich, allenfalls wäre eine leichte Tätigkeit möglich (S. 2). 3.6

Dr. med.

F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 23. Mai 2018 an die Beschwerdegegnerin (Urk. 9/17/1-4) und bei bekannten Diagnosen sowie mit Verweis auf den Bericht der E.____ vom 19. April 2018 (vgl. vorstehend E. 3.5) aus, es bestehe ein protrahierter Verlauf nach der Schulteroperation links vom 18. Oktober 2017 mit Schmerzen und massiver Bewegungseinschränkung. Die behandelnden Orthopäden der E.____ wüssten diagnostisch und therapeutisch nicht mehr weiter (Ziff. 1.3). Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit sei dem Beschwerdeführer keine Tätigkeit möglich, auch nicht angepasst (Ziff. 2.1). 3.7

Aufgrund anhaltend starker Schulterschmerzen wurde der Beschwerdeführer bei Dr. med. G.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, behandelt. Im Bericht vom 22. Mai 2018 (Urk. 9/20) nannte sie die folgenden Diagnosen (S. 1 f.): - persistierende starke Schmerzen und Funktionsstörung der linken Schulter - arterielle Hypertonie - Diabetes mellitus Typ II (Erstdiagnose Dezember 2017) - Hypothyreose - lumboradikuläres Schmerzsyndrom beidseits - Verdacht auf Kontrastmittelallergie nach Magnetresonanztomographie (MRI) vom 16. Mai 2017 (Urk. 9/20/7-8) mit Hautausschlag

Die Situation scheine wirklich sehr verfahren zu sein. Bereits vor der Operation hätten starke Schulterschmerzen links bestanden, welche sich durch den Eingriff noch verstärkt hätten. Die Schulter könne aufgrund der Schmerzen und sofortigen Gegenhalten kaum konklusiv untersucht werden. Da auch physiotherapeutisch das Mögliche getan worden sei, erachte sie zurzeit lediglich eine Optimierung der Analgesie als realistisch. Nicht zuletzt müsse die psychosoziale Komponente mitberücksichtigt werden. Der Beschwerdeführer sehe sich nicht mehr arbeitsfähig. Das IV-Verfahren sei angelaufen und der Beschwerdeführer weise eine gewisse Fatalisierungstendenz auf (S. 3).

Mit Ergänzung vom 9. Juli 2018 (Urk. 9/19) bekräftigte die Ärztin nochmals die ungünstige Prognose. Die Schmerzen des Beschwerdeführers, welcher bei ihr nicht mehr in Behandlung sei, könnten nicht beeinflusst werden. 3.8

Die Ärzte der B. ___ erstatteten am 17. Januar 2019 ihr im Auftrag der Beschwerdegegnerin verfasstes polydisziplinäres Gutachten (Urk. 9/38) gestützt auf die Akten und die im Oktober und November 2018 erfolgten internistischen (S. 10-42), neurologischen (S. 43-72), orthopädischen (S. 73-107) und psychiatrischen (S. 108-137) Untersuchungen. Die Ärzte stellten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 4.2): - Anpassungsstörung mit längerer, leicht depressiv-ängstlicher Reaktion (ICD-10 F43.21) - Status nach arthroskopischer Schulteroperation wegen Impingement-Syndrom - Schmerzsyndrom der Hals- und Brustwirbelsäulenregion - leichtgradiges Impingement-Syndrom rechts ohne Funktionseinbußen Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine arterielle Hypertonie, einen Diabetes mellitus Typ II, eine Hypothyreose, eine Hypercholesterinämie, einen Nikotinkonsum, eine Adipositas WHO Grad I, eine Hämatochezie bei bekanntem Hämorrhoidalleiden, Sodbrennen sowie einen Zustand nach erosiver

Antrumgastritis Mai 2005 und Helicobacter-Eradikation (S. 6 f. Ziff. 4.2). In der internistischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer vor allem chronische Schmerzen (Schultern und Nacken) sowie ein Sodbrennen reklamiert. Für die reklamierte Schmerzproblematik finde sich auf internistischem Fachgebiet keine Erklärung (S. 37). Es bestehe aus internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 38). In der neurologischen Untersuchung werde der linke Arm in Schonhaltung an den Rumpf gepresst gehalten. Paresen oder ein sensibles Defizit ließe sich nicht objektivieren. Es fänden sich allseits keine Atrophien, die Kennmuskeln seien nicht betroffen bei unauffälligen Muskeleigenreflexen. Als Linkshänder und Zigarettenraucher stünden die durch Zigarettenrauch induzierten gelblichen Verfärbungen an den Fingern I bis III an der linken Hand im Gegensatz zu der subjektiv geklagten Bewegungseinschränkung des linken Armes. Es sei nicht plausibel, wie derartige Verfärbungen an der linken Hand zustande kommen könnten, ohne dass diese benutzt worden sei. Zur Erhärtung der Untersuchungsbefunde sei zusätzlich eine umfangreiche elektrophysiologische Untersuchung zu allen Extremitäten durchgeführt worden. Hierbei fänden sich zusammenfassend keine peripher-neurogenen Schädigungszeichen der Armnerven. Auch ergebe sich vor dem Hintergrund einer geklagten Gangstörung keine Auffälligkeit der untersuchten Nerven zu den Beinen. Eine Polyneuropathie finde sich elektrophysiologisch nicht. Ein Schmerzkalender sei nicht vorgelegt worden und hinsichtlich Schmerzmedikation zeige sich im Labor kein Tramadol-Spiegel, was den anamnestisch angegebenen Schmerzmittelbedarf nicht stütze. Die MRI-Diagnostik des Gehirns habe eine regelrechte Darstellung ergeben (S. 66 f.). Zusammenfassend finde sich in der neurologischen Untersuchung kein plausibles Korrelat für die angegebenen Beschwerden und somit keine neurologische Gesundheitsstörung mit permanentem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 68). Aus orthopädischer Sicht sei anamnestisch hinsichtlich der Schulterproblematik bei Therapieresistenz am 18. Oktober 2017 eine arthroskopische Schulteroperation erfolgt. Der Nach- und Weiterbehandlungsverlauf sei gekennzeichnet gewesen durch eine fortbestehende und praktisch nicht zu beeinflussende, als schmerzhaft angegebene Bewegungsstörung des linken Arms ohne strukturelle Ursache. Es sei zu einer nahezu kompletten Bewegungsstörung des linken Armes im Schultergelenk gekommen, die

e bis jetzt anhalte (S. 102 oben). Bei der jetzigen klinischen Untersuchung finde sich rechtsseitig ein leichtgradiges Impingement-Syndrom mit einer endgradigen aktiven Bewegungsstörung der Armbeweglichkeit zur Seite, nach vorn und für die Einwärts- und Auswärtsdrehung mit ungestörter Krafteinleitung. Linksseitig werde die Schulter-Arm-Beweglichkeit als aktiv voll kommen aufgehoben dargeboten. Der Arm werde am Körper in einer Schonhaltung gehalten und jegliche Schulter-Arm-Bewegung vermieden. Die Unfalldiagnostik, veranlasst von der betreuenden Orthopädin Dr. G.____, einschliesslich einer neurologischen Untersuchung mit elektrophysiologischen Messungen an den oberen Extremitäten und einer MRI-Bildgebung von der HWS und des Plexus brachialis, hätten keinen richtungsgebenden Befund neurologischerseits für eine konkurrierende Ursache für den dargebotenen Funktionsverlust des linken Armes im Schultergelenk erbracht (S. 102 unten). Es bestehe aktuell kein orthomorphologischer weiterer Behandlungsansatz zur Beseitigung der formalen Funktionsstörung des linken Armes. Die Prognose der weiteren Entwicklung sei ungewiss. Die orthopädischen Gesundheitsstörungen an der Wirbelsäule seien insgesamt für die versicherungsmedizinische Leistungsbeurteilung von untergeordneter Bedeutung (S.

103). Der Beschwerdeführer sei aus orthopädischer Sicht zumindest in der Lage, leichte Arbeiten im Wechselrhythmus zwischen

Stehen, Gehen und Sitzen zu verrichten. Aufgrund des postoperativen Schultergelenksstatus und der degenerativen spinalen Bildbefunde seien körperlich schwere Arbeiten eher ungeeignet und sollten vermieden werden (S. 103). Der psychiatrische Gutachter führte aus, im aktuellen psychiatrischen Untersuchungsbefund präsentiere sich ein freundlicher Explorand, der streckenweise etwas schwer besinnlich über seinen Werdegang berichte. Kognitive Defizite lägen keine vor. Die Konzentrationsfähigkeit, die Auffassungsgabe und die geistige Spannkraft seien nicht beeinträchtigt und der Beschwerdeführer sei in der Lage, der ausführlichen Exploration ohne Zeichen einer vorzeitigen Ermüdbarkeit zu folgen. Die Stimmung sei dysthym verstimmt, wobei die affektive Modulationsfähigkeit nicht beeinträchtigt sei. Es bestehe eine leichte Grübelneigung sowie ein auf die körperlichen Beschwerden und das Schmerzerleben eingeeignetes Denken, Zukunfts- und Existenzängste sowie Ein- und Durchschlafstörungen (S. 132 oben). Der Beschwerdeführer berichte, er schlafe sehr schlecht und sei den ganzen Tag müde und abgeschlagen. Er habe zwar den Führerausweis, könne sich jedoch kein Auto leisten. Er mache keinen Sport oder Gymnastik und sitze meist zu Hause herum. Ab und zu gehe er kleinere Einkäufe erledigen, zum Beispiel Brot holen. Er bemühe sich, je nach seinem Befinden, im Haushalt etwas zu helfen. So räume er beispielsweise den Tisch ab. Soziale Kontakte habe er

kaum noch, meist verbringe er den Tag alleine zu Hause. Er habe auch keine sonstigen Hobbys. Er sei zuletzt vor etwa zwei oder drei Jahren in der serbischen Heimat gewesen, seither habe er keinen Urlaub mehr gemacht (S. 126 f.). Synoptisch sei letztlich ein leichtes depressiv-ängstliches Syndrom im Sinne einer Anpassungsstörung mit ängstlich-depressiver Symptomatik zu diagnostizieren. Eine schwere gradige affektive Störung, eine eigenständige Angst- oder Zwangserkrankung oder eine Störung aus dem psychotischen Formkreis sei nicht plausibel festzustellen (S. 132 f.). Eine wesentliche, durch psychische Beschwerden bedingte Beeinträchtigung des Aktivitätenniveaus sei nicht zu erkennen und bei kritischer Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung der reklamierten Beschwerden bestünden Zweifel an deren tatsächlichen Intensität beziehungsweise dem Leidensdruck. In jedem Fall bestünden noch weitreichende Behandlungsreserven (S. 134 oben). Hinsichtlich

der Arbeitsfähigkeit wurde von den Gutachtern in ihrer Konsensbeurteilung ausgeführt, es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (S. 8 Ziff. 4.7), jedoch eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (S. 8 Ziff. 4.8). 3.9

In seiner abschliessenden Stellungnahme vom 1. Februar 2019 (Ur k. 9/41/7-8) erachtete Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), das B.____ - Gutachten als beweistauglich. Daraus sei abzustellen. Dies bedeute für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit seit Jahren, medizintheoretisch überwiegend wahrscheinlich aber spätestens ab dem Zeitpunkt der linksseitigen Schulteroperation am 18. Oktober 2017, möglicherweise aber auch schon ab dem Zeitpunkt der epiduralen Infiltration am 6. Mai 2016, und wahrscheinlich auf Dauer vollständig arbeitsunfähig sei. In einer angepassten Tätigkeit bestehe seit jeher – medizintheoretisch ausgenommen ein Zeitraum von maximal drei Monaten im Hinblick auf die postoperative Rekonvaleszenz nach der Schulteroperation vom 18. Oktober 2017 – eine durchgehende vollständige Arbeitsfähigkeit für körperlich vorwiegend leichte, wechselbelastende Arbeiten ohne häufigen Einsatz des linken Armes über der Horizontalen, ohne langes Stehen in vornüber gebeugter oder rückgeneigter Haltung und ohne häufiges Bücken. 3.10

Dr. med.

I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 22. Mai 2019 über ihre ambulanten psychiatrischen Abklärungen vom 13. bis 17. Mai 2019 (Urk. 3/4). Als Diagnosen nannte sie ein somatisches Schmerzsyndrom mit depressiver Symptomatik sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11) bei Polymorbidität (S. 1 f.). In der Verlaufszeit von zwei Monaten seien vier Therapiesitzungen durchgeführt worden (S. 1). 3.11

Das MRI Schädel mit MR-Angiografie vom 28. Juni 2019 (Urk. 11/1) ergab eine alte intrakranielle Blutung präzentral/ subcentral links ohne erkennbare zugrunde liegende Gefässmissbildung sowie zwei Mikroblutungen am posterioren Rand des rechten Nucleus lentiformis, Differentialdiagnose (DD) posttraumatisch. Dieses sei jedoch häufig hypertensiver respektive arteriosklerotischer Genese (Hypertonie? Nikotin?). 3.12

Mit Bericht vom 30. Juli 2019 (Urk. 15) nannte Dr. med.

J.____, Facharzt für Neurochirurgie, die folgenden Diagnosen (S. 1): - therapieresistente chronische Lumboischialgie beidseits, rechts mehr als links, bei radiologisch Kompression des Duralsackes, Retrolistesis und Diskushernie L5 bei S1 mit Kompression der Nervenwurzel L5 beidseits in traforaminal - absolute Spinalkanalstenose, Anterolisthesis Meyerding Grad I und Diskushernie sowie Spondylarthrose L4/5 und Kompression der Nervenwurzel L4 beidseits intraforaminal - Lumbalfacetten Syndrom L4 bis S1 beidseits mit degenerativen Veränderungen - chronische Zervikobrachialgie beidseits mit Diskushernie Halswirbelkörper (HWK) 5 bei 6 und HWK 6 bei 7 mit Kompression des Myelon und Unkovertebralarthrosen und Stenose HWK 2 bei 3 - Spannungskopfschmerzen mit Angst und Panikattacken sowie Depression und teilweise Migräne ohne Aura bei radiologisch alter intrakranieller Blutung und weiteren Befunden gemäss MRI Schädel mit MR-Angiografie vom 28. Juni 2019 - Schulterschmerzen links bei Status nach Tendese der langen Bizepssehne - somatisches Schmerzsyndrom mit depressiver Symptomatik - mittelgradige depressive Episode - Hypothyreose - arterielle Hypertonie Seit Jahren klage

der Beschwerdeführer über Rücken- und Nackenschmerzen. Seit einigen Monaten habe er zunehmende Schmerzen im Rücken mit Ausstrahlung an beide Gesässe , rechts mehr als links, mit Ausstrahlung an den dorsolateralen Oberschenkel und Unterschenkel bis zum Fussrücken, grosse Zehe und kleiner Zehe im Dermatome L5 und S 1. Mit konservativer Therapie sei keine Besserung eingetreten (S. 1). Zusätzlich klagt der Beschwerdeführer über Schulterschmerzen, Kopfschmerzen und seit einigen Wochen zunehmende Nackenschmerzen (S. 1 f.). Aufgrund des neurologischen und radiologischen Befundes bestehe die vorgenannte Diagnose. Er behandle den Beschwerdeführer weiterhin konservativ (Analgetika und Physiotherapie) und mit lumbaler Facetteninfiltration. Nach seiner Sicht sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig. Er bitte um Revision der IV-Rente und Zusage einer ganzen Rente (S. 3). 4. 4.1

Das Gutachten der B.____ vom 17. Januar 2019 (vgl. vorstehend E. 3.8) , gestützt auf welches die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht verneinte (vgl. Urk. 2) , nimmt umfassend Stellung zur Frage der weiterhin vorhandenen Gesundheitsstörungen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers , beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, erging in Kenntnis der Vorakten

und enthält begründete Schlussfolgerungen. Sofern – was vom Beschwerdeführer bestritten wird (Urk. 1 S. 4 ff.) – die gutachterliche Darlegung der medizinischen Zusammenhänge beziehungsweise die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, kann auf das Gutachten abgestellt werden (vgl. vorstehend E. 1.4). 4.2 4.2.1

Die vom Beschwerdeführer betreffend die orthopädische Untersuchung vorgebrachten Rügen (Urk. 1 S. 5 f.) vermögen an der Beweiskraft der Expertise nichts zu ändern. Der

Gutachter befragte den Beschwerdeführer ausführlich zu seinem Alltag, seinen Beschwerden, seinem sozialen Umfeld etc., untersuchte den Beschwerdeführer und ging auch auf die bildgebenden Befunde ein. Er hat seine Beurteilung auch in Kenntnis des Berichts von Dr. med. C.____ (vgl. vorstehend E. 3.1) und der im Rahmen einer Zusatzdiagnostik neu angefertigten MRI-Befunde vom 10. Dezember 2018 (Urk. 9/38/168-169) abgegeben, womit die Schulterbeschwerden und die Rückenbeschwerden - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers - sehr wohl hinreichend dokumentiert und gewürdigt worden sind.

Basierend auf all diesen Beobachtungen , Abwägungen, Untersuchungen und Auseinandersetzungen mit den Vorakten stellte der Gutachter seine Diagnosen. Insbesondere erachtete er die orthopädischen Gesundheitsstörungen der Wirbelsäule von untergeordneter Bedeutung, mass ihr aber dennoch insofern Gewicht bei, als dass dem Beschwerdeführer lediglich leichte Tätigkeiten zumutbar seien (vgl. vorstehend E. 3.8). Auch setzte sich der Gutachter mit der Schulterproblematik auseinander , erhob als Befund ein rechtsseitiges, leichtgradiges Impingement-Syndrom . Bezüglich des vom Beschwerdeführer dargebotenen Funktionsverlustes des linken Armes konnte er keine Erklärung finden, zumal auch schon Dr. G.____ keine neurologische Ursache dafür hat eruieren können (vgl. vorstehend E. 3.7) und auch der neurologische Gutachter der B.____ nach erneuter elektrophysiologischer Untersuchung zu den Extremitäten keine Schädigungszeichen festgestellt hat . Darüber hinaus wies der neurologische Gutachter auf den Widerspruch hin, wonach die durch Zigarettenrauch indizierten Verfärbungen an den Fingern der linken Hand auf den Gebrauch der Extremität schliessen liessen , der

Beschwerdeführer hingegen von einer – trotz festgestelltem fehlendem Schmerzmittelspiegel - schmerzhaften kompletten Bewegungsstörung des linken Arm es berichte te , mithin von deutlichen Hinweisen auf Inkonsistenzen sprach (vgl. vorstehend E. 3.8).

Damit kann nicht gesagt werden, die in den Vorakten enthaltene medizinische Grundlage sei nicht berücksichtigt worden und das Gut achten sei fehlerhaft.

Darüber hinaus steht auch die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Einklang mit derjenigen de r Ärzte der E.____ , welche zuletzt den Wie dereintritt als schwertätiger Arbeiter als unwahrscheinlich taxierten, indes leichte Arbeit allenfalls für möglich erachteten, eine solche folglich nicht aus schlossen (vgl. vorstehend E. 3.5). Ebenso berücksichtigte der RAD-Arzt Dr. H.____ die Schulter- und Rückenleiden durch die Formulierung eines Belastungsprofils (körperlich vorwiegend leichte, wechselbelastende Arbeiten ohne häufigen Ein satz des linken Armes über der Horizontalen, ohne langes Stehen in vornüber gebeugter oder rückgeneigter Haltung und ohne häufiges Bücken; vgl. vorstehend E. 3.9). Dass der Hausarzt Dr. F.____ (vgl. vorstehend E. 3.6) oder nach Verfü gungserlass D r. J.____ (vgl. nachstehend E. 3.12) zu einer anderen Diagnose bzw. Schlussfolgerung gelangten, vermag an der Beweistauglichkeit des Gutach tens nichts zu ändern. Ihre Auffassung stellt sich in diesem Punkt als andere Beurteilung desselben Sachverhaltes dar. 4.2.2

In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand ist Folgendes festzuhalten:

Wie in BGE 145 V 361 dargelegt (vgl. auch vorstehend E. 1.3), ist in allen Fällen durch die Verwaltung beziehungsweise das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar be gründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schla gen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachtensteil (mit Ak tenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), das heisst sie haben im Ein zelnem Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizi nisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Explora tion. Ä rztlicherseits ist also substant iiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsver mögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitli cher Hinsicht zu schmälern vermögen. Der psychiatrische Sachverständige hat darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Ver gleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Miteinbezug der sons tigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (E. 4.3). Die vom Beschwerdeführer gerügten ungenauen Angaben im psychiatrischen Gutachten (Urk. 1 S. 6 f.) vermögen die Beweiswertigkeit der Expertise ebenfalls nicht in Abrede zu stellen. Dies gilt selbst dann, wenn der Vorwurf, die Indikato renprüfung sei etwas ungenau und knapp (Urk. 1 S. 7) , zutrifft. Der psychiatrische Gutachter der B.____ kam zum Schluss, dass letztlich ein leichtes depressiv ängstliches Syndrom im Sinne einer Anpassungsstörung mit ängstlich depressi ver Symptomatik zu diagnostizieren und keine wesentliche, durch psychische Be schwerden bedingte , Beeinträchtigung des Aktivitätenniveaus erkenn bar sei und darüber hinaus gar Zweifel an der vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwer den best ünden (vgl. vorstehend E. 3.8) .

Er wies zum einen darauf hin, dass mit den Alltagsaktivitäten, welche der Beschwerdeführer durchführe, dokumentiert werde, dass auch Ressourcen bestünden, was auch schon der neurologische Gutachter bemerkt habe.

Zusätzlich wies Dr. G. ___ auf eine invaliditätsfremde psychosoziale Komponente (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8 C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2) hin, indem sich der Beschwerdeführer als nicht mehr arbeitsfähig erachte und Fatalisierungstendenzen aufweise (vgl. vorstehend E. 3.7). Darüber hinaus befand sich der Beschwerdeführer zum Begutachtungszeitpunkt nicht in psychiatrischer Behandlung. Erst im Zeitpunkt des Verfügungserlasses beziehungsweise im Beschwerdeverfahren und dazu noch auf Veranlassung der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers

hin (vgl. Urk. 3/4) begab sich der Beschwerdeführer in ambulante psychiatrische Behandlung bei Dr. I. ___, welche den Beschwerdeführer innerhalb zweier Monate nur gerade vier Mal gesehen hat (vgl. vorstehend E. 3.10), was ebenfalls gegen eine relevante psychische Erkrankung spricht und auf einen geringen Leidensdruck hinweist.

Ohnehin bleibt vorliegend eine vertiefte Auseinandersetzung der Standardindikatoren entbehrlich, da im Rahmen des beweismässigen fachärztlichen Gutachtens (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder - wie ausgeführt - aus anderen Gründen kein Beweismass beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5). 4.3

Zusammenfassend sind keine Gründe ersichtlich, die gegen die Beweistauglichkeit des Gutachtens der B. ___ sprechen. Daran ändern auch die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte

der Psychiaterin Dr. I. ___ vom 22. März und 22. Mai 2019 (vgl. vorstehend E. 3.10), der MRI-Befund vom 28. Juni 2019 (Urk. 11/1-2) und der Bericht des Neurochirurgen Dr. J. ___ vom 30. Juli 2019 (vgl. vorstehend E. 3.12) nichts, zumal diesen, da für die Beurteilung des Gesundheitszustands in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich der Zeitpunkt des Verfügungserlasses (hier: 16. Mai 2019) massgebend ist (BGE 129 V E. 1.2), ohnehin die zeitliche Relevanz fehlt. Hinzu kommt, dass beiden Stellungnahmen der behandelnden Psychiaterin (vgl. vorstehend E. 3.10)

sowie dem bildgebenden Befund des Schädels des Beschwerdeführers keine konkrete Aussage zur vorhandenen Arbeitsfähigkeit entnommen werden kann. Was den Bericht von Dr. J. ___ angeht, geht einerseits aus seiner Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit nicht klar hervor, ob sich diese auf die angestammte oder eine angepasste Tätigkeit beziehen soll. Andererseits stellt der Neurochirurg auch fachfremde Diagnosen und seine Einschätzung ist aufgrund der Behandlungsnähe zum Patienten ohnehin mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 135 V 465 E. 4.5), was sich auch im Umstand zeigt, dass Dr. J. ___

die Beschwerdegegnerin um vollständige Berentung des Beschwerdeführers ersuchte (vgl. vorstehend E. 3.12).

Demnach ist der Sachverhalt dahingehend erstellt, dass für leidensangepasste Tätigkeiten unter Einhaltung des vom RAD definierten Belastungsprofils (vgl. vorstehend E. 3.9) eine Arbeitsfähigkeit von 100 % besteht. Bei einer allfälligen, versicherungsrechtlich relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach Verfügungserlass ist es dem

Beschwerdeführer indes unbenommen, sich bei der Beschwerdegegnerin neu anzumelden. Soweit der Beschwerdeführer im Eventualantrag Wiedereingliederungsmassnahmen beantragt (Urk. 1 S.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 10

f.), ist mit der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 2; Urk. 8 S. 2 Ziff. 3) festzuhalten, dass bei festgestellter Restarbeitsfähigkeit von 100 % eine Selbsteingliederung zumutbar ist, zumal weder das Alter des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des hier massgeblichen B.____-Gutachtens (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3) von 52 Jahren,

noch sonstige Gründe dem allgemeinen Gebot der Selbsteingliederung (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen) entgegenstehen.

5.

5.1

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 ausgeglichener 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 gegenübertgestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im

Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamtthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 und 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1). 5.2

Der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich (Urk. 9/40) blieb mit Ausnahme des sogenannten Leidensabzugs (Urk. 1 S. 8 f.) unbestritten. Mit Blick auf die Tatsache, dass der Beschwerdeführer 2013 seine Arbeitsstelle aus wirtschaftlichen Gründen verlor und seither nur im Rahmen eines Beschäftigungsprogrammes im 2. Arbeitsmarkt gearbeitet hatte (vgl. Urk. 9/25) , sowie angesichts des Umstandes , wonach ihm

eine leidensangepasste Restarbeitsfähigkeit im Umfang von 100 % zumutbar ist (vgl. vorstehend E. 4.3) , sind die von der Beschwerdegegnerin ermittelten Validen- und Invalideneinkommen entsprechend dem statistischen Durchschnittslohn (gemäss Lohnstrukturhebung des Bundesamtes für Statistik, LSE) für eine unter Kompetenzniveau 2 fallende Tätigkeit im Bereich der Herstellung von Möbeln und von sonstigen Waren für das Valideneinkommen beziehungsweise für eine Hilfsarbeit im Kompetenzniveau 1 (Zentralwert) für das Invalideneinkommen nicht zu beanstanden. Aus der Gegenüberstellung des tabellarisch bestimmten Valideneinkommens von Fr. 72'999.-- und des ebenfalls gestützt auf die LSE erhobenen Invalideneinkommens von Fr. 68'201.-- resultiert ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 7 % (Urk. 9/40; Urk. 2) . Selbst wenn bei diesem Ergebnis – wie vom Beschwerdeführer gefordert (Urk. 1 S. 8 f.) – ein in diesem Umfang nicht zu rechtfertigender Abzug vom Tabellenlohn von maximal 25 % gewährt werden würde (Fr. 68'201.-- x 0.75), ergäbe dies noch immer ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von rund 30 % . 6 .

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung (Urk. 2) nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7 .

7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis

IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 900.-- anzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind die Gerichtskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen.

7.2

Mit Gerichtsverfügung vom 12. August 2019 wurde die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers unter anderem darauf aufmerksam gemacht, dass sie eine Honorarnote einreichen kann, eine solche im Unterlassungsfall seitens des Gerichts nicht

eingefordert und die Entschädigung nach Ermessen fest gesetzt wird (vgl. Urk. 12). Bis dato reichte sie keine Honorarnote ein, weshalb sie, unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (vgl. § 34 Abs. 3

GSVGer) und beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer), mit Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- 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 Stéphanie Baur, Dübendorf, wird mit Fr. 2'600.-- (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 Stéphanie Baur - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Mosimann Brühwiler

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