

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00005 vom 18. November 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00005

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00005 du 18 novembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00005 del 18 novembre 2020

Erwägungen

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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 objektivierte 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

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

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

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

E. 1.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt 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). 1. 5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebe nenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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). 2.

E. 2

Dagegen liess X.____ hierorts mit Eingabe vom 6. Januar 2020 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit den Anträgen, es sei die angefochtene Verfügung aufzu heben und die Sache sei zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und zum Neuentscheid betreffend Anspruch auf Invalidenrente an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (1.), unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Be schwerdegegnerin (2. ; Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle stellte mit Vernehmlassung vom 6. Februar 2020 Antrag auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Be schwer deführer am 10. Februar 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die IV-Stelle begründete die angefochtene Verfügung im Wesentlichen damit, die getätigten Abklärungen hätten ergeben, dass der Versicherte seit dem 17. November 2017 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Nach Ablauf des Wartjahres per November 2018 sei er gemäss Gutachten des B.____ in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter auf dem Bau zu 50

% arbeitsfähig, in einer den gesundheitlichen Einschränkungen optimal angepassten Tätigkeit jedoch zu 100

% arbeitsfähig bzw . könnte bei voller Präsenz eine Leistung von 80

% erbringen.

Es seien noch Tätigkeiten mit leichter bis knapp mittelschwerer Belastung in wechselnden Arbeitspositionen möglich. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 22 %, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. Daran vermöchten weder die abweichende Beurteilung durch die Klinik

D.____ noch die im Vorbescheidverfahren eingereichten medizinischen Berichte etwas zu ändern (Urk. 2).

E. 2.2

Dagegen lässt der Beschwerdeführer zur Hauptsache einwenden, dass sich trotz interdisziplinärer Begutachtung durch das B.____ kein genügend klares Bild hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit ergebe. So weiche dieses in psychiatrischer Hinsicht von den behandelnden Ärzten ab und bestehe in rheumatologischer Hinsicht eine Diskrepanz zur Beurteilung der Klinik

D.____ sowohl bezüglich der Arbeitsfähigkeit in angestammter wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit. Die für die Beurteilung des IV-Anspruchs unterschiedliche medizinische Einschätzung

werde im Gutachten nicht geklärt. Daher und da nach dem Erlass des Vorbescheides auch Synkopen aufgetreten seien, deren Relevanz nicht geklärt sei, seien die Entscheidungsgrundlagen ungenügend und drängten sich weitere medizinische Abklärungen auf (Urk. 1).

3. 3.1

Die Verfügung vom 25. September 2013, mit welcher die Verwaltung mangels Erfüllens des Wartejahres einen Anspruch auf eine Invalidenrente verneint hatte (Urk. 6/17), stütze sich zur Hauptsache auf den Bericht der damaligen Hausärztin Dr. med. E.____ vom 15. Juli 2013, in welchem diese – soweit leserlich – mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Sturz von der Leiter von ca. 2 Metern Höhe auf den Boden auf eine Eisenplatte mit persistierendem

cervicocephalem Syndrom sowie einen reaktiven depressiven Zustand (Unfallreaktion) diagnostiziert und den Versicherten vom 5. Juni 2012 bis zum 31. Mai 2013 als vollständig arbeitsunfähig und danach ab 1. Juni 2013 wieder als vollständig arbeitsfähig bezeichnet hatte (Urk. 6/12 S. 1 ff.). Dem Bericht lag der Austrittsbericht der Rehaklinik Z.____ vom 24. April 2013 bei, in welchem die verantwortlich zeichnenden Ärzte gestützt auf den Aufenthalt des Versicherten vom 26. März bis 25. April 2013 eine mittelgradige depressive Episode (F32.1), ein chronisches cervicocephales Schmerzsyndrom, ein thorakospondylogenes Schmerzsyndrom, Polyarthralgien bei szintigrafisch nicht nachweisbarer Entzündung, eine arterielle Hypertonie, einen Status nach hypertensiver Entgleisung am 8. Februar 2013, sowie einen Diabetes Mellitus Typ 2 diagnostiziert und den Versicherten bei im Vordergrund stehender psychopathologischer Symptomatik als aktuell 100 % arbeitsunfähig bezeichnet hatten (Urk. 6/12 S. 5 ff.). 3.2

Hausärztin

Dr. med.

F.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, stellte in ihrem Bericht an die IV-Stelle vom 24. Januar 2018 die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/25): - Chronisches cervicocephales Schmerzsyndrom seit Unfall vom 5.6.2012, - Thorakospondylogenes Schmerzsyndrom (seit Unfallereignis 2012) - Polyarthralgien, szintigraphisch (02.02.2017) keine Entzündung nachweisbar - Gewichtsabnahme vermutlich multifaktoriell im Rahmen der Depression und entgleistem Diabetes Mellitus

Sie gab im Wesentlichen an, seit dem 17. November 2017 bestehe bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In körperlicher Hinsicht wäre eine leichte Arbeit zu ca. 50% zumutbar, aufgrund

der kognitiv psychiatrischen

Situation sei eine Arbeitsleistung nicht zumutbar. Der Patient sei zur weiteren Beurteilung und Therapieempfehlung bei der rheumatologischen Klinik des Kantonsspitals A.____ angemeldet. Zudem soll eine psychiatrische Beurteilung im G.____ stattfinden. Die aktuelle Situation habe sich im Vergleich zu 2013 kaum verändert.

In ihrem Verlaufsbericht vom 16. September 2018 (Urk. 6/34) bezeichnete Dr. F.____ den Gesundheitszustand als stationär und stellte – unter Hinweis auf beigelegte

Unterlagen des behandelnden A.____ - die folgenden (Haupt-)Diagnosen (Urk. 6/34 S.

4 f.): 1. Hochgradiger Verdacht einer sekundären Fibromyalgie bei degenerativen Veränderungen und Vitamin D-Mangel, DD DISH 2. Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (G.____ seit 12/17). 3. Status nach mittelschwerem Vitamin D-Mangel 02/2018 4. Verdacht auf Small Fibre Polyneuropathie (Neurologie

A.____ 06/18) 5. Gewichtsverlust und Nachtschweiss 6. Upper airway

cough Syndrom Pneumologie A.____

Sie gab im Wesentlichen an, wie den beiliegenden Berichten der Rheumatologie entnommen werden könne, seien diverse Infiltrationen (Schulter, Hüfte, ISG) durchgeführt worden, welche keinen anhaltenden Effekt oder Symptomlinderung gebracht hätten.

Während der ganzen Zeit sei er in

physiotherapeutischer Behandlung gestanden, was ebenfalls keinen wesentlichen Erfolg gezeigt habe. Neurologisch sei ein unauffälliger klinischer und elektrophysiologischer Befund erhoben worden, differentialdiagnostisch sei von einer Small Fibre Polyneuropathie und zusätzlich einer leichtgradigen diabetischen Polyneuropathie ausgegangen worden. Auch die vor dem Hintergrund einer früheren TBC Behandlung erfolgte pneumologische Abklärung habe keine wegweisenden Befunde ergeben, ebenso wenig die im Hinblick auf die Gewichtsabnahme erfolgte Koloskopie. Ein aufgrund einmalig isoliert erhöhter ALAT Werte erfolgter Fibroscan habe Anzeichen einer diffusen Hepatopathie bei deutlicher Steatose und Zeichen einer mittelgradigen Fibrose unklarer Ätiologie ergeben, aktuell lägen die Werte im Normbereich. Bezüglich Gewichtsabnahme könne seit der Erstkonsultation bei ihr (Dr. F.____) ein konstantes Gewicht dokumentiert werden.

Die ambulante Psychotherapie im G.____ werde regelmässig fortgesetzt, dort finden Konsultationen 1-2 x monatlich statt. Zu ihr (Dr. F.____) in die Praxis komme der

Versicherte alle 2-3 Monate.

Zur Arbeitsfähigkeit gab sie an, aus körperlicher Sicht wäre eine leichte Arbeit zu ca. 40 % (ca. 3 Stunden pro Tag) vorstellbar. Jedoch sei aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsleistung zumutbar. Aufgrund der Therapieresistenz der Beschwerden trotz diverser Massnahmen und Abklärungen sei die Prognose sehr schlecht (Urk. 6/34) . 3.3

Am 18. Dezember 2018 wurde der Versicherte im Auftrag des Krankentaggeldversicherers AXA Winterthur im Rehasentrum

C.____ ambulant internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch und ergonomisch abgeklärt und untersucht. In seinem Bericht vom 21. Dezember 2018 zuhanden des vertrauensärztlichen Dienstes der AXA stellte der verantwortlich zeichnende Chefarzt Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, die folgenden Diagnosen (Urk. 6/51/8) : 1. Chronisches unspezifisches generalisiertes Schmerzsyndrom -

Wahrscheinlich am ehesten im Sinne eines sekundären chronischen Weichteilrheumatismus bei degenerativer Skeletterkrankung - ICD-10 R52.2 2.

Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion - Phänomenologisch einer leichten depressiven Episode entsprechend - In Verbindung mit möglicherweise bestehenden psychologischen Wirkfaktoren als krankheits- und rehabilitationsbeeinflussende Grössen - ICD-10 F63.21 3. Diabetes Mellitus Typ II - ICD-10 E11.90

Gestützt auf die Befunde in den einzelnen Abklärungsberichten der einzelnen Disziplinen hielt Dr. H.____

zu den gesundheitsbedingten Einschränkungen sowie zur Arbeitsfähigkeit schlussfolgernd fest, infolge der chronischen Beschwerden desymptomatisch und in Verbindung mit dem psychiatrischen Leiden bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die in der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit beobachtete körperliche Belastbarkeit habe im Bereich einer sehr leichten Tätigkeit gelegen. Sie liege damit deutlich unter den Belastungsanforderungen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Dachdeckerhilfsarbeiter. Eine behinderungsadaptierte leichte und wechselbelastende Tätigkeit mit maximalem Hantieren von Lasten selten bis maximal 10 kg erscheine aus interdisziplinärer Sicht jedoch in einem 50

% Pensum möglich. Diese 50%ige Arbeitsfähigkeit könnte der Versicherte ganztags mit zusätzlichen Pausen über den Tag verteilt verwerten. Es sei aufgrund der beobachteten zunehmenden Bewegungsapparatschmerzen aufgrund der Kumulation verschiedenster Belastungsfaktoren nicht davon auszugehen, dass bei einer ganztägigen Arbeitsplatzpräsenz über die ganze Zeit die volle Leistung erbracht werden könnte. Die aktuelle Behandlung erscheine aus interdisziplinärer Sicht adäquat und sollte einzig im Rahmen der Physiotherapie durch eine regelmässige medizinische Trainingstherapie ergänzt werden. So wie sie den Patienten im Rahmen der interdisziplinären Abklärungen erlebt hätten, erscheine die Prognose ungünstig

(Urk. 6/51/8-9).

In der ergonomischen Abklärung der arbeitsbezogenen funktionellen Belastbarkeit hielt der verantwortlich zeichnende Ergonome in seinen Schlussfolgerungen fest, die standardisierte

Bewertung der Bereiche « Beschreibung von Schmerz und Einschränkungen », « Schmerzverhalten », « Leistungsverhalten » und « Konsistenz »

haben

eine erhebliche Symptomausweitung ergeben. Infolge beobachteter erheblicher Symptomausweitung seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte als bei den Leistungstests gezeigt. Die anzunehmende höhere Belastbarkeit entspreche einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit, zeitlich ganztags mit Reduktion der Arbeitsbelastung pro Tag in Form von vermehrten Pausen über den Tag verteilt von drei Stunden. Die gezeigte Belastbarkeit liege deutlich unter den Belastungsanforderungen als Dachdeckerhilfsarbeiter (Urk. 6/51 S. 12) . 3.4

3.4.1

Im Februar 2019 wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle durch das B. _____

polydisziplinär (psychiatrisch, rheumatologisch, neurologisch, internistisch) untersucht. In ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung stellten die verantwortlichen Fachärzte die folgenden Diagnosen (Urk. 6/54 S. 6):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Dysthymie (F34.1) 2. Spondylarthrose der Lendenwirbelsäule 3. Beginnende Omarthrose und AC-Gelenksarthrose links

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Fibromyalgieformes Schmerzbild rumpfbetont, bei chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) 2. Verdacht auf beginnende Koxarthrose 3. Hyperkyphose der Brustwirbelsäule 4. Diabetes mellitus Typ 2, oral eingestellt 5. Leichte, vermutlich diabetische Polyneuropathie 6. Arterielle Hypertonie 7. Sinustachykardie bei V.a.

hyperkinetisches Herzsyndrom 8. Refluxösophagitis 3.4.2

Der psychiatrische Fachgutachter Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie, hielt in seinem Teilgutachten vom 18. April 2019 fest, der Versicherte schildere anlässlich der psychiatrischen Begutachtung im Vordergrund stehende Schmerzen im Stütz- und Bewegungsapparat, insbesondere im Schultergürtel, Nacken-Hinterkopf-Schmerzen, Schmerzen aber auch in den Hüftgelenken sowie in den Beinen, Kniegelenken und in den Armen, sowie eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der rechten Hand. Darüber hinaus schildere er einzelne Merkmale einer depressiven Erkrankung. Deren Ausprägungsgrad sei aber gering. Insgesamt sei eher von einer dysthymen Störung auszugehen, damit einhergehend bestehe auch eine vermehrt nach innen gerichtete Selbstwahrnehmung mit verstärkter dysfunktionaler Verarbeitung körperbezogener Beschwerden. Der Ausprägungsgrad der von der versicherten Person beklagten Schmerzen am Stütz- und Bewegungsapparat sei nicht hinlänglich durch somatische Befunde erklärbar. Mit Blick auf die psychosozialen Belastungsfaktoren, welche nach Schilderung der versicherten Person vorlägen, müsse davon ausgegangen werden, dass eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vorliege (F45.41). Eine wesentliche Beeinträchtigung psychischer Grundfunktionen resultiere daraus jedoch nicht. Zusammenfassend lasse sich aus psychiatrischer Sicht

festhalten, dass lediglich die Dys thymia (F34.1) mit zahlreichen lebensbiographischen Zuflüssen eine geringe Belastung der Arbeitsfähigkeit bedinge; aus der begleitenden Schmerzstörung resultiere keine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 32 f.).

Aufgrund der affektiven, dysthymen Störung mit daraus resultierender Affektregulationsstörung sowie vermehrt nach innen gerichteter Selbstwahrnehmung und dysfunktionaler Verarbeitung körperbezogener Beschwerden resultiere in der bisherigen Tätigkeit eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20

%

bzw. eine Arbeitsfähigkeit von 80

% (S. 35). Auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Einschränkung der Leistung von 20

%, dies aufgrund der dysfunktionalen Schmerz- und Symptomverarbeitung vor dem Hintergrund der dysthymen Störung und rheumatologisch objektiver, degenerativer Veränderungen am Stütz- und Bewegungsapparat. Retrospektiv könne keine höhere Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (S. 36). Unter einer fortgesetzten, gegebenenfalls auch noch intensivierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachbehandlung einschließlich kontrollierter Psychopharmakotherapie sollte aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 100

% innert Jahr esfrist erreicht werden können; etwaige Limitierungen bestünden sodann nur noch aus somatischer Sicht

(Urk. 6/54 S. 34) . 3.4.3

Der rheumatologische Gutachter Dr. med. J.____, Facharzt für Rheumatologie sowie Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte in seinem Teilgutachten vom 27. Februar 2019 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Spondylarthrose der Lendenwirbelsäule sowie eine beginnende Omarthrose und AC-Gelenksarthrose links, als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein fibromyalgiformes Schmerz bild rumpfbetont, anamnestisch small-Fibre Neuro pathie, einen Verdacht auf eine beginnende Koxarthrose sowie eine Hyperkyphose der Brustwirbelsäule (S.

46). Objektiv sei aus rheumatologischer Sicht keine verbindliche funktionelle Einschränkung vorhanden, der Bewegungsapparat des Versicherten sei weitgehend intakt, wenn auch nicht ohne gewisse lokale degenerative Veränderungen. Tätigkeiten mit leichter bis knapp mittelschwerer Belastungsgrösse mit wechselnden Arbeitspositionen erschienen grundsätzlich zumutbar, was auch in den gut abgestützten Berichten der Klinik D.____ 12/2018 zum Ausdruck komme; hinderlich für die dabei geforderte übliche Belastbarkeit könnte einzig die subjektiv stark gesteigerte Schmerzempfindung und verminderte Leistungsbereitschaft des Versicherten darstellen. Mit Sicherheit sei der Versicherte in der bisherigen Tätigkeit als Flachdachisoleur durch den Umgang mit sehr schwerem Arbeitsmaterial doch zumindest in der Leistungsfähigkeit massiv beeinträchtigt; der Versicherte sei teilweise auf die Mithilfe durch Arbeitskollegen angewiesen. Zusammenfassend hielt der rheumatologische Experte fest, ein banales Kontusionstrauma des Nackens habe im Sommer 2012 eine Kaskade von sich ausweitenden therapeutisch unbeeinflussbaren Schmerzen ausgelöst, die einen chronischen, weitgehend nicht strukturell oder funktionell begründbaren Charakter angenommen hätten, abgesehen von einzelnen lokalen Degenerationsprozessen, welche für die bisherige Tätigkeit eine teilweise

Ein schränkung bedingten. In der b i s herigen Tätigkeit bestehe (von 6/20

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.3

Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert ein Invaliditäts grad von 3 % (3.4 % ; Fr. 70'162.60 - Fr. 67'766.70 : Fr. 70'162.60 x 100) . Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente, wie die Verwaltung in der ange fochtenen Verfügung im Ergebnis zu Recht festgestellt hat. Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubBachmann

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. 12

bis 1.6.2013 und danach erneut ab 17. November 2017) eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, in einer angepassten Tätigkeit mit Möglichkeit des Positionswechsels, ohne anhaltende Position sowie ohne ausgedehnte Gehanforderung bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100

% (Urk. 6/54 S. 48 f.). 3.4.4

In seinem neurologischen Teilgutachten vom 15. April 2019 stellte Dr. med.

K.____, Facharzt für Neurologie, keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, sowie als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte, vermutlich diabetische Polyneuropathie. Er gab im Wesentlichen an, die vom Versicherten geklagten ubiquitären Schmerzen würden sich aufgrund ihrer Charakteristika sowie eines weitestgehend normalen Untersuchungsbefunds nicht als Ausdruck einer neurologischen Erkrankung erklären. Leichte Sensibilitätsstörungen und der neurophysiologische Befund würden für eine angesichts des Diabetes mellitus II diabetogene Polyneuropathie sprechen. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit bestehe nicht (S. 58) bzw. der Versicherte könne alle Tätigkeiten entsprechend seinen Fähigkeiten ausüben, sofern diese keine besonderen Anforderungen an eine sehr sichere Steh- und Gehfähigkeit beinhalten oder nicht auf Leitern und Gerüsten auszuüben seien (Urk. 6/54 S. 60). 3.4.5

Auch Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte im internistischen Teilgutachten vom 7. April 2019 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Diabetes mellitus Typ 2, oral eingestellt, eine arterielle Hypertonie, eine Sinustachykardie bei Verdacht auf hyperkinetisches Herzsyndrom sowie eine Refluxösophagitis (S.

70). Er gab im Wesentlichen an,

anlässlich der Untersuchung hätten sich erhöhte Blutdruckwerte sowie ein erhöhter Puls gefunden, welche Auffälligkeit im Rahmen der gutachterlichen Situation oder auch eines hyperkinetischen Herzsyndroms stehen könnte und nach weiterer Abklärung gegebenenfalls medikamentös behandelt werden müsse. Die gastroösophageale Refluxkrankheit werde leitliniengerecht behandelt, die diabetische Stoffwechsellage sei suboptimal. Die Arbeitsfähigkeit werde aus internistischer Sicht nicht beeinflusst (Urk. 6/54 S. 70 f.).

3.4.6

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) führten die Gutachter aus, die Dysthymia führe zu einer leichten Einschränkung der Affektregulation sowie zu einer vermehrt nach innen gerichteten Selbstwahrnehmung mit einer dysfunktionalen Wahrnehmung und Verarbeitung anhaltender Schmerzen. Als organischer Kern für die angegebenen Schmerzen ließe sich eine Spondylarthrose der Lendenwirbelsäule und eine beginnende Omarthrose und AC-Gelenkarthrose links ausmachen. Daraus resultierten eine Minderbelastbarkeit des Schultergürtels, eine schmerzhafte Einschränkung der Schultergelenksbeweglichkeit links sowie eine Beeinträchtigung der Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule. Die diabetische Neuropathie sei schlussendlich unter den Diagnosen ohne Relevanz für die letzte Tätigkeit subsumiert worden, weil nur qualitative Einschränkungen im Belastbarkeitsprofil vorlägen, der Versicherte am letzten Arbeitsplatz aber nur auf Flachdächern in gesicherten Positionen tätig gewesen sei. Gesamthaft resultiere in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50

%, und zwar von Juni 2012 bis 1. Juni 20

E. 13

und danach ab 17. November 2017. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe seit dem 17. November 2017 eine Arbeitsfähigkeit von 80

%. Tätigkeiten leichter bis knapp mittelschwerer Belastungsgrösse in wechselnden Arbeitspositionen seien grundsätzlich zumutbar, auch aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte in der Lage, sämtliche seinem Ausbildungs- und Kenntnisstand angepassten Tätigkeiten, die auch seinem körperlichen Belastbarkeitsprofil entsprechen, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten.

Es liege eine Überschneidung von rheumatologisch begründeter Arbeitsunfähigkeit bei degenerativen Veränderungen einerseits sowie einer dysthymen Störung mit dysfunktionaler Schmerzverarbeitung andererseits vor. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei massgeblich durch die Gesundheitsstörungen auf rheumatologischem Fachgebiet bedingt, die in einer adaptierten Tätigkeit hauptsächlich durch psychiatrische Beeinträchtigungen bestimmt. Eine Addition oder sogar Potenzierung der Arbeitsfähigkeiten bestehe nicht (Urk. 6/54 S. 6 ff.). 3.5

Im provisorischen Austrittsbericht des Kantonsspitals A.____

vom 5.

August 2019 über die Hospitalisation des Versicherten vom 4. bis 5. August 2019 im Notfallzentrum diagnostizierten die verantwortlich zeichnenden Ärztinnen eine – bei nächtlichem Sturz erlittene - leichte traumatische Hirnverletzung vom 4. August 2019 bei Verdacht auf eine kleine Kontusionsblutung frontobasal Gyrus frontalis inferior links, differentialdiagnostisch bei fehlender angrenzender Weichteilkontusionsmarke lediglich einen

Aufhärungsartefakt, eine Nasenbeinfraktur, einen Diabetes Mellitus Typ II sowie eine arterielle Hypertonie. Die Aufnahme sei über den Notfall zur neurologischen Überwachung erfolgt. Diese habe sich stets unauffällig gestaltet, weshalb der Patient am 5. August 2019 in gebessertem Zustand nach Hause entlassen worden sei. Vom 4. bis 11. August 2019 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/63). 3.6

Dr. H.____

vom Rehasentrum

C.____

hielt gestützt auf seine erneute Untersuchung des Versicherten vom 19. August 2019 am 20. August 2019 zuhanden der Hausärztin

Dr. F.____ im Wesentlichen

fest, verglichen mit der Untersuchung vom Dezember 2018 habe keine Befundänderung festgestellt werden können. Im Anschluss an das Unfallereignis von anfangs August 2019 sei es zu einer vorübergehenden Verschlechterung der Schmerzsituation im Bereich der Halswirbelsäule gekommen, wahrscheinlich bedingt durch eine vermehrte Hyperextension der Halswirbelsäule beim Sturz aufs Mittelgesicht. Er gehe jedoch davon aus, dass sich diese Schmerzhaftigkeit über die

folgenden Wochen wieder auf das vorbestehende bekannte Niveau reduzieren werde. Entsprechend bestehe eigentlich auch keine Veränderung der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung. In Kenntnis der Resultate der ergonomischen Abklärungen sei dem Patienten weiterhin eine leichte wechselbelastende Tätigkeit mit Hantieren von Lasten selten bis maximal 10 kg mit vermehrten Pausen über den Tag verteilt von drei bis vier Stunden möglich (Urk. 6/71).
3.7

Im Kurzaustrittsbericht des A.____ vom 24. Oktober 2019 (Urk. 6/76), wo der Versicherte vom 19. bis 24. Oktober 2019 stationär behandelt worden war, diagnostizierten die verantwortlich zeichnenden Ärzte – neben den bekannten Diagnosen – zweimalige unklare Synkopen am 4. August und 19. Oktober 2019, aktuell Synkope bei Miktion. Nach durchgeführten diversen Abklärungen wurde dem Versicherten

am 23. Oktober 2019 ein Reveal-Recorder implantiert

und ein ambulanter kardiologischer Sprechstundentermin am 16. Dezember 2019 zur erstmaligen Auslesung desselben

vereinbart. Von 19. Oktober bis 26. Oktober 2019 wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 6/75/4). 4. 4.1

Die IV-Stelle legte der Beurteilung des neuen Leistungsgesuches das Gutachten des B.____ zugrunde, was nicht zu beanstanden ist. So umfasst das Gutachten die Fachdisziplinen Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie und Innere Medizin, wo bei es für die zu beurteilenden Fragen umfassend ist. Die Ärzte erstellten das Gutachten in Kenntnis der Vorakten und berücksichtigten die geklagten Beschwerden und das Verhalten des Beschwerdeführers in angemessener Weise. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden begründet. Das Gutachten erfüllt damit die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1. 5) weitestgehend (vgl. E. 4. 4 hienach), so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

4.2

In somatischer Hinsicht wurde nachvollziehbar dar gelegt, dass der Versicherte aus internistischer Sicht nicht und aus neurologischer nur geringfügig (qualitativ) in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, er jedoch in rheumatologischer Hinsicht an degenerativen Erkrankungen am Bewegungsapparat leidet, infolge welcher er in der Beweglichkeit und Belastbarkeit eingeschränkt ist (so die Befunde anlässlich der rheumatologischen Untersuchung; Urk. 6/54 S. 44). Nachvollzogen werden kann aber

auch, dass

–

aufgrund der erhobenen

Druckdolenz en

und Schmerzangaben – eine fibromyalgieforme Erkrankung diagnostiziert worden ist, wie auch, dass der rheumatologische Experte vor dem Hintergrund der vom ihm als recht diffus und ausgedehnt bezeichneten Schmerzangaben

(Urk. 6/54 S. 47) von der Mitbeteiligung von psychogenen Faktoren in der Empfindungsverarbeitung des Schmerzes ausging. Die somatischen Diagnosen – im Wesentlichen eine Spondylarthrose der Lendenwirbelsäule sowie eine beginnende Omarthrose und AC-Gelenksarthrose links (E. 3.4.1) -

als solche sind denn auch unbestritten.

Soweit in der Beschwerde in somatischer Hinsicht

vor allem beanstandet

wird, dass die rheumatologische Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung im Gutachten des B.____ verglichen mit derjenigen im Gutachten

des RehaZentrums

C.____

unterschiedlich ausgefallen und der Unterschied im Gutachten nicht geklärt worden sei,

vermag diese Kritik die Beweiskraft des Gutachtens nicht in Frage zu stellen. So hatte

der rheumatologische Experte – ausgehend von einem chronischen unspezifischen generalisierten Schmerzsyndrom - ausgeführt, Tätigkeiten leichter bis knapp mittelschwerer Belastungsgrösse mit wechselnden Arbeitspositionen erschienen grundsätzlich zumutbar, was auch in den gut abgestützten Berichten der Klinik

D.____ 12/2018 zum Ausdruck gelange;

hinderlich für die dabei geforderte übliche Belastbarkeit könnte einzig die subjektiv stark gesteigerte Schmerzempfindung und verminderte Leistungsbereitschaft des Versicherten sein

(E.

3.4.3 hievore).

Damit nahm der Gutachter Bezug auf die ergonomische Abklärung im RehaZentrum C.____ und ergibt sich

ohne Weiteres, dass die (höhere) Arbeitsfähigkeitseinschätzung im Gutachten des B.____

Folge einer anderen Würdigung des Verhaltens ist, welches der Versicherte anlässlich der ergonomischen Abklärung gezeigt hatte, wo eine erhebliche Symptomausweitung bei u.a. nicht adäquatem Schmerzverhalten, schlechtem Leistungsverhalten und schlechter Konsistenz festgestellt worden war

(E.

3.3 hievore sowie Urk. 6/54 S. 114 ff.). Hinzu kommt, dass die im Rahmen der ergonomischen Abklärung erhobenen Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der Belastbarkeit nur teilweise verwertbar waren und die als zumutbar erachtete Belastbarkeit von drei Stunden täglich lediglich auf einer Annahme beruhte (E. 3.3). Aber auch soweit der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht auf die - nach Ergehen des Gutachtens - zweimalig aufgetretenen Synkopen verweist, stellt dies die Beurteilung gemäss Gutachten des B.____

nicht nachträglich in Frage. Gemäss Austrittsbericht des A.____ vom 24. Oktober 2019 ergaben sich im Rahmen der zwischen dem 19. und 24. Oktober 2019 im A.____

durchgeführten zahlreichen Abklärungen weitestgehend

unauffällige Befunde (Urk. 6/76 S. 1) und macht auch der Beschwerdeführer beschwerdeweise nicht geltend, dass die weiteren Abklärungen (mittels Reveal-Recorder) eine neue gesundheitliche Problematik zutage gefördert hätten. Daher und da die Ärzte des A.____

jeweils lediglich eine kurze Arbeitsunfähigkeit attestiert hatten (von 4. bis 11. August 2019 [E. 3.5] bzw. von 19. bis 26. Oktober 2019 [E.

3.7]),

bestehen keine Hinweise darauf, dass die erlittenen Synkopen

(oder eine hierfür allfällig ursächliche Erkrankung) eine dauerhafte gesundheitliche Einschränkung zur Folge hätten (vgl. auch RAD-Beurteilung vom 14. Mai 2019, Urk. 7/79 S. 7). Gleiches gilt auch für die im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 4. August 2019 geltend gemachten Beschwerden. Dies bezüglich hielt auch Dr. H.____ nach erneuter Untersuchung vom 19. August 2019 fest, dass sich im Vergleich zur Untersuchung vom Dezember 2018 keine Befundänderung feststellen lasse (E.

3.6; vgl. auch RAD-Beurteilung vom 2.

September 2019, Urk. 7/79 S. 5). 4.3

Der psychiatrische Experte diagnostizierte als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymie, was er damit begründete, dass der Versicherte lediglich leichte Einschränkungen der psychischen Grundfunktionen zeige, was vor dem Hintergrund der anlässlich der psychiatrischen Untersuchung erhobenen - wenig ausgeprägten -

psychopathologischen

Befunde (Urk. 6/54 S. 30 ff.) zu überzeugen vermag. So hielt der psychiatrische Gutachter fest, dass der Versicherte zwar psychomotorisch matt und schwunglos wirke und wenig Elan zeige. Gestik und Mimik seien jedoch insgesamt angemessen und unterstrichen Stimmung und Affektsynthym. Eine depressive Hemmung der Psychomotorik liege nicht vor. Zur Affektivität hielt er fest, in der emotionalen affektiven Schwingungsfähigkeit wirke der Versicherte über Strecken eingeeengt, in der Affektlage besorgt, bedrückt, aber in der Grundstimmung nicht durchgehend depressiv, im Verlauf gelinge es dem Versicherten vorübergehend auch, zum positiven Pol mitzuschwingen (vgl. Urk. 6/54 S. 31).

Soweit in der Beschwerde beanstandet wird, die psychiatrische Einschätzung weiche von derjenigen der behandelnden Ärzte (G.____) ab, welche in ihrem Bericht vom 25.

April 2018 von einer mittelgradigen Depression und einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen seien (vgl. Urk. 6/54 S.

E. 17

), vermag dies die psychiatrische Beurteilung nicht in Frage zu stellen. Zum einen sind leichte Schwankungen im Verlauf nicht auszuschliessen, wobei für den Rentenanspruch die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit nach der (bestandenen) Wartezeit ausschlaggebend ist (E. 1.3 hievore). Diesbezüglich ist festzustellen, dass auch der begutachtende Psychiater de

s Reha zentrums

C.____ – auf dessen Ausführungen der psychiatische Experte des B.____ denn auch verwies (Urk. 6/54 S. 34) – im Dezember 2018 nur eine leichte Symptomatik feststellte, indem er von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion ausging, welche er phänomenologisch am ehesten als leichte depressive Episode einordnete, und er als Differentialdiagnose ebenfalls eine Dysthymie stellte (Urk. 6/51 S. 3). Auch gab er an, es sei von einer Arbeitsfähigkeit von «mindestens» 50 % auszugehen, welche im Falle einer Erwerbsaufnahme in 3-4 Wochen überwiegend wahrscheinlich auf 80 % steigbar sei (bzw. Einschränkung von 20

%; Urk. 6/54 S. 105). Anzumerken ist aber auch, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem medizinischen Sachverständigen praktisch immer einen gewissen Spielraum

eröffnet, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (vgl. etwa Urteil 8C_260/2017 E. 5.2.2); dabei gilt es auch die Erfahrungstatsache zu beachten, dass Hausärzte und behandelnde Fachärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifelsfall mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465

E. 4.5). 4. 4

Zusammenfassend erweisen sich demnach die Ausführungen im Gutachten des B.____ zu den Diagnosen wie auch der Arbeitsfähigkeit

als nachvollziehbar. Allerdings äusserte sich der psychiatrische Experte im Rahmen der Festlegung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht genügend zu den rechtserheblichen Indikatoren (vgl. E. 5.1 hienach), was nachzuholen bzw. zu korrigieren ist (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_732/2017 vom 5. März 2018 E. 4.1.2). 5. 5.1

5.1.1

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).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 5.1.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 5.2 5.2.1

Was den Komplex «Gesundheitsschädigung» betrifft, ist bezüglich des Indikators Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzustellen, dass der Versicherte aus psychiatrischer Sicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer Dysthymie leidet. Jedoch handelt es sich bei der Dysthymie nach der im gebräuchlichen ICD-Klassifikationssystem enthaltenen Umschreibung um eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (vgl. Horst Dilling /

Werner Mombour /Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V [F], 10. Auflage 2014, F 34.1 S. 183), wo mit ihr keine schwere Ausprägung innewohnt.

Das subjektiv zwar erhebliche Leiden kann somit invalidenversicherungsrechtlich nicht als schwere Ausprägung der Befunde berücksichtigt werden. Zum Aspekt Behandlungs- und Eingliederungserfolg ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer seit Ende 2017 (Urk. 6/54 S. 17) in ambulanter psychiatrischer Behandlung beim G.____ steht, wobei er

– bei fraglicher pharmakologischer Compliance (vgl. Urk. 6/54 S. 32)

– seine Psychiatrin alle drei bis vier Wochen konsultiert

(Urk. 6/54 S. 29). Trotz protrahiertem Verlauf ist daher davon auszugehen, dass noch Behandlungsoptionen bestehen (vgl. so auch der psychiatrische Experte des B.____

in Urk. 6/54 S. 37),

womit nicht von einer leistungshindernden Chronifizierung der psychischen Problematik ausgegangen werden kann oder davon, dass eine invalidisierende schwere psychische Störung vorliegt, welche therapeutisch nicht mehr angebar wäre. Als dann bestehen zwar somatische Komorbiditäten, welche jedoch ebenfalls nicht als ausgeprägt erscheinen.

Bei den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich Folgendes: Auf Persönlichkeitsebene wirkte der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung zwar etwas asthenisch

und selbstunsicher, jedoch liess sich keine Merkmale einer Persönlichkeitsstörung ausmachen. Ebensovienig ergaben sich Hinweise auf Zwänge oder Phobien (Urk. 6/54 S. 31). Vielmehr gab der psychiatrische Experte an, der Versicherte sei mit hinlänglicher Flexibilität in der Lage, auf das Gegenüber und die jeweilige Situation zu reagieren, auch bestehe hinreichende Frustrationstoleranz und Impulskontrolle. Weiter erwähnte

der psychiatrische Gutachter verschiedene mobilisierbare Ressourcen, auf welche der Versicherte zurückgreifen kann (vgl. etwa Fähigkeit der Anpassung an Routinen, Planung von Aufgaben, Fähigkeit Kompetenzen und Wissen anzuwenden, Interaktionskompetenzen im Umgang mit Dritten, Gruppenfähigkeit; Urk. 6/54 S. 35). Zum sozialen Kontext ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer mit seiner Ehefrau zusammen wohnt, mit welcher er eine als stabil erlebte Ehe führt, guten Kontakt zu seinen erwachsenen Kindern

pfllegt und auch seine Enkel häufig

sieht.

Es bestehen überdies weitere soziale Kontakte, er hat auch noch einen guten und verlässlichen Freund (Urk. 6/54 S. 26 f.). Damit sind weder limitierende Persönlichkeitsmerkmale noch ein ausgeprägter sozialer Rückzug erkennbar und enthält der soziale Lebenskontext bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

In der Kategorie „Konsistenz“ ist bezüglich des Indikators „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ festzustellen, dass sich der Beschwerdeführer nicht als arbeitsfähig sieht. Jedoch ist seine Tagesgestaltung regelmässig und nur bedingt eingeschränkt (Urk. 6/54 S. 28): So macht er täglich Spaziergänge, liest manchmal die Zeitung und schaut – so lange es die Schmerzen zulassen – fern. Auch begleitet er seine Ehefrau – welcher der Haushalt obliegt – zu den Einkäufen und trifft ab und zu einen Kollegen. Er fährt auch Auto und ist in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, auch unternimmt er Reisen ins Ausland (Urk. 6/54 S. 28). Eine gewisse Beeinträchtigung im Alltag ist damit zwar ersichtlich, diese ist jedoch nicht ausgeprägt. Bezüglich des Indikators „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgeprägter Leidensdruck“ ist festzustellen, dass

sich der Beschwerdeführer aufgrund seiner Schmerzen zwar schon verschiedene ambulante somatische

Abklärungen und einigen

therapeutischen Interventionen (Infiltrationen) im A. unterzog, welche jedoch nur bedingt medizinische Korrelate ergaben bzw. Symptomlinderung brachten (E. 3.2 hievori); im Dezember 2017

begab er sich

alsdann

auch in psychiatrische Behandlung . I m Gutachtenszeitpunkt befand er sich in haus ärztlicher Behandlung, sowie in B ehandlung im G.____ ; in un t erschiedlichem Rhythmus erfolgt e im A.____ Physiotherapie (Urk. 6/54 S. 29) . G emäss Angaben im psychiatrischen Teilgutachten sieht er seine Psychiaterin nur alle drei bis vier Wochen (Urk. 6/54 S. 29) und gemäss Angaben im internistischen Gutachten seine Hausärztin nur bei Bedarf (Urk. 6/54 S. 67). Alsdann ergibt sich aus dem psychiatrischen Gutachten bezüglich der vom Bes c hwerdeführer ange g ebenen Medikamenteneinnahme, dass Psychopharmaka teilweise gar nicht (Mirtazapin) und die

Analgetica Pregabalin und Paracetamol weit unterhalb de s therapeu tischen Ber e ichs nachweisbar waren

(Urk. 6/54 S. 32) . Aus den in Anspruch ge nommenen Therapien kann daher zwar sowohl in somatischer wie auch psy chia trischer Hinsicht auf einen gewissen Leiden s druck geschlossen werden, welche r jedoch nicht s ehr ausgeprägt erscheint. 5.3

Bei Würdigung der rechtserheblichen Indikatoren , namentlich des verhaltens bezogenen Aspekts der Konsistenz, ergibt sich daher insgesamt , dass nicht auf einen rechtsgenügelichen Bezug zwischen de r gestellten Diagnose und deren funktionellen Auswirkungen im Sinne einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit geschlossen werden kann. Eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchs grund la ge, welche zur Anerkennung einer Invalidität aus psychischen Gründen führen könn te, ist daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Vorliegend ist daher insofern von der Einschätzung des psychiatrischen Experten einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit abzugehen, als dass aus rechtlicher Sicht mit dem erforder lichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. 5.4

Dies führt gestützt auf das Gutachten des B.____ insgesamt zum Ergebnis, dass dem Beschwerdeführer seit November 2017 aus rheumatologischen Gründen die Ausübung körperlich schwerer Tätigkeiten, unter Einschluss der bisher ausge übten Tätigkeit als Hilfsdachdecker , nicht me hr vollumfänglich zuzumuten ist, ihm jedoch die Ausübung einer behinderungsangepassten leichten Tätigkeit weiterhin im vollzeitlichen Umfang zuzumuten

ist.

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der so festgestellten Arbeits fähigkeit.

6.

6. 1 6.1.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen 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. Aus nahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt s ein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Vorliegend fällt – nachdem der Versicherte bis November 2017 als Hilfsdachdecker erwerbstätig war und sich im Dezember 2017 erneut zum Leistungsbezug anmeldete - ein frühestmöglicher Rentenbeginn im Jahr 2018 in Betracht. 6.1.2

Da i m Zeitpunkt des Eintritts der (teil weisen) Arbeitsunfähigkeit als ungelernter Hilfsdachdecker

am 17. November 2017 das temporäre Anstellungsverhältnis bei der Y.____ AG bereits per Ende November 2017 gekündigt war (Kündigung vom 8. November 2017, Urk. 6/24 S. 3) , stellte die IV- Stelle bei der Ermittlung des Valideneinkommens auf statistische Werte ab, wobei sie vom Tabellenlohn gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE), für Männer im Baugewerbe ,

ausging. Dieses Vorgehen wurde vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt und ist angesichts des Umstandes , dass eine erneute Anstellung bei der Y.____ AG

zwar

als möglich (Urk. 6/24 S. 2) , jedoch weder grundsätzlich noch in Bezug auf Anstellungszeitpunkt und Verdienstmöglichkeit

als überwiegend wahrscheinlich

erstellt bezeichnet werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_260/20 vom 2. Juli 2020 E. 4.1.2) ,

nicht zu beanstanden. Damit ist ausgehend von einem Tabellenlohn von Fr. 5'622.-- (vgl. LSE 2018, TA1, Ziff. 41-43, Baugewerbe, Kompetenzniveau 1) unter Berücksichtigung einer (branchenüblichen) betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden pro Woche im Jahr 2018 (Hoch- und Tiefbau ; vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, 2004-2018, Ziff. 41-42) von einem monatlichen Valideneinkommen in Höhe von Fr. 5'846.88 bzw . Fr. 70'162.60 im Jahr auszugehen. 6. 2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug 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 , 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Da der Beschwerdeführer seit November 2017 keiner Arbeitstätigkeit mehr nachgeht, sind für die Ermittlung des Invalideneinkommens ebenfalls Tabellenlöhne heranzuziehen und - da der Beschwerdeführer über keine Ausbildung verfügt - dabei auf den LSE -Tabellenwert Total des niedrigsten

Kompetenz niveaus in Höhe von Fr. 5'417.-- abzustellen (LSE 2018, Tabelle TA1 tirage skill

level, Kompetenzniveau 1, Männer). Dies ergibt unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche im Jahr 2018 (vgl. wiederum Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, 2004-2018, Total, Ziff. 1-96) einen monatlichen

Bruttolohn von Fr. 5'647.22 bzw. im Jahr einen solchen von Fr. 67'766.70. Dabei rechtfertigt sich kein Abzug vom Tabellenlohn. Denn der Umstand, dass nur noch leichte (bis mittelschwere) Tätigkeiten zumutbar sind, ist praxisgemäss kein Grund für einen leidensbedingten Abzug, da der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2).

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