



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 13. Juni 2019 (720 18 371 / 152)

Invalidenversicherung

Da sich der Beschwerdeführer als Gesunder während vieler Jahre mit einem bescheidenen Erwerbseinkommen begnügte, besteht kein Grund, das unterdurchschnittliche Valideinkommen auf einen Durchschnittslohn aufzurechnen.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Markus Trottmann, Advokat, Eisengasse 5, 4051 Basel

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,
Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Der 1958 geborene A.____ war seit Mai 2011 zunächst in einem Pensum von 100 % und ab 2013 in einem solchen von 80 % bei der von seiner Lebenspartnerin gegründeten B.____ GmbH als Lüftungsmonteur angestellt. Im Jahr 2017 wurde über die Arbeitgeberin der Konkurs eröffnet. Am 17. Oktober 2016 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Atemnot und Rückenbeschwerden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nachdem die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) die gesundheitlichen und erwerb-

lichen Verhältnisse abgeklärt hatte, ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 13 %, worauf sie mit Verfügung vom 12. Oktober 2018 einen Rentenanspruch von A._____ abwies.

B. Hiergegen erhob A._____, vertreten durch Advokat Markus Trottmann, am 14. November 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung vom 12. Oktober 2018 aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Angelegenheit sei zwecks ergänzender Sachverhaltsabklärung nach Massgabe der sozialversicherungsrechtlichen Vorgaben und neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Es seien durch das angerufene Gericht, nach Aufhebung und Rückweisung des angefochtenen Entscheids eventualiter durch die Beschwerdegegnerin ergänzende medizinische Abklärungen, namentlich ein Fachgutachten mit den Disziplinen Pneumologie und Rheumatologie, zu veranlassen; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Verbeiständung mit Advokat Markus Trottmann als Rechtsvertreter. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass die Verfügung vom 12. Oktober 2018 auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe und zudem der Einkommensvergleich nicht zutreffend durchgeführt worden sei.

C. Mit Verfügung vom 28. Dezember 2018 wurde dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Markus Trottmann als Rechtsvertreter bewilligt.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 21. Januar 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

E. Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels (Replik vom 15. April 2019 / Duplik vom 16. Mai 2019) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 14. November 2018 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. Oktober 2018 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

3.1 Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

3.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; bereits für den Zeitraum vor 1. Januar 2003: BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

4.5 Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf den (versicherungsinternen) Bericht des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) zu entscheiden. In solchen Fällen sind jedoch an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen eine versicherungsexterne Begutachtung anzuordnen ist (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

5. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

6.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich als zentral erweisen.

6.2 Am 28. Oktober 2016 diagnostizierte Dr. med. C.____, FMH Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) GOLD II mit Emphysem, Risikogruppe B. Es bestünden eine mittelgradige, zurzeit nicht-reversible, obstruktive Ventilationsstörung mit Lungenüberblähung und leichter Gasaustauschstörung in Ruhe, eine mittelgradig verminderte körperliche Leistungsfähigkeit (58 %) und eine schwergradig eingeschränkte Sauerstoffaufnahme (48 %). Die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Ihm seien ab sofort nur noch leichte körperliche Arbeiten in reduziertem Umfang von 50 % resp. sitzende Tätigkeiten möglich.

6.3 Im Bericht vom 21. November 2016 stellte Dr. med. D.____, FMH Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein COPD fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünde eine arterielle Hypertonie. Aus rein kardiologischer Sicht sei der Versicherte in der Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt.

6.4 Die IV-Stelle beauftragte Dr. med. E.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, mit einem rheumatologischen Gutachten. Am 25. April 2018 diagnostizierte sie ein degeneratives Schulterleiden mit Rotatorenmanschettenrupturen beidseits (ICD-10 M75.1), eine Oberrand-Läsion der Subscapularissehne und eine Bizepssehnentendinopathie mit leichter medialer Subluxation der langen Bizepssehne (Arthro-MRI vom 18. Januar 2018), ein chronisches zervicospodylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.02), ein chronisches lumbospodylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.06) und eine leichte Coxarthrose linksbetont (ICD-10 M16). Die Schäden an der Rotatorenmanschette seien die Ursache für die belastungsabhängigen Schmerzen. Diese würden durch die degenerativ veränderte Halswirbelsäule (HWS) und Verengungen der Neuroforamina begünstigt. Die Bildgebung zeige keine Hinweise auf ein entzündliches rheumatisches Geschehen. Die Veränderungen an den Schultern hätten Auswirkungen auf die Ausdauer und die Kraft bei Ausübung von länger anhaltend statischen Tätigkeiten mit erhobenen Armen, Haltetätigkeiten, Arbeiten in der Horizontalen und dem Tragen von schweren Gegenständen. Die Beschwerden könnten auch bei Abduktionsbewegungen der Arme sowie beim Liegen auf dem rechten oder linken Arm ausgelöst werden. Unter normalen Belastungen im Alltag bestünden aber keine wesentlichen Einschränkungen. Divergente fachärztliche Einschätzungen würden nicht vorliegen. Das Subakromialsyndrom der Schultern und die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule würden schwere bis mittelschwere Tätigkeiten verunmöglichen. Aufgrund der vorliegenden Unterlagen und der Tatsache, dass erst im Januar 2018 hinsichtlich des Bewegungsapparats Abklärungen vorgenommen worden seien, zuvor weder ein Ausbau der Analgetika noch andere Therapien erfolgt und zudem kein fachärztlicher Rat eingeholt worden sei, sei davon auszugehen, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit erst seit Dezember 2017 nicht mehr zumutbar gewesen sei. In einer angepassten leichten und wechselbelastenden Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten, Heben von schweren Gegenständen von über 5 kg, ohne längeres Tragen von schweren Gegenständen und wiederholtes Heben über 5 kg und ohne lange Gehstrecken sei der Versicherte seit Oktober 2016 zu 100 % arbeitsfähig.

6.5 Im Bericht der Radiologie F.____ vom 7. November 2018 wurden eine transmurale komplette Ruptur der Supraspinatussehnenplatte über eine ventrodorsale Distanz von 2,5 cm mit deutlicher Retraktion des Sehnenstumpfes um 4,5 cm nach medial, deutliche knöcherne Appositionen subakromial, eine Ruptur der langen Bizepssehne intraartikular mit nicht mehr abgrenzbarer Bizepssehne im Sulcus intertubercularis und Retraktion des distalen Sehnenstumpfes um circa 10 cm ins proximale Drittel des Oberarms mit Retraktion des Muskulus biceps und umgebendem Weichteilödem sowie eine kraniale Partialruptur der Supraspinatussehnenplatte festgestellt.

6.6 Am 29. November 2018 führte der RAD-Arzt Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin, aus, dass unter Berücksichtigung aller Erkrankungen am Bewegungsapparat übereinstimmend mit der gutachterlichen Einschätzung keine Einschränkung der Anwesenheitsdauer auszumachen sei. Einschränkungen im Umfang von 20 % bis 30 % bestünden indes bei der Leistungsperformance, der Arbeitsgeschwindigkeit und der Pausengestaltung. Im Vergleich zum radiologischen Befund vom 18. Januar 2018 zeige sich im aktuellen MRI vom 7. November 2018 im Bereich der Supraspinatussehne eine annähernd gleich grosse Defektzone. Ein neuer oder richtungsweisend anderer Befund sei nicht ersichtlich. Im Übrigen lasse sich aus dem radiologischen Befund vom 7. November 2018 allein keine Verschlechterung des funktionellen Gesundheitszustands ableiten. Aus Sicht des Bewegungsapparats sei der Versicherte nach wie vor im Umfang von 25 % eingeschränkt.

6.7 Am 19. Dezember 2018 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. H.____, Fachärztin für Anästhesie, fest, unter Würdigung aller Befunde und Unterlagen sei davon auszugehen, dass der Versicherte in einer angepassten Tätigkeit ab Oktober 2016 zu 50 % arbeitsfähig sei.

7.1 Die IV-Stelle stützte sich in der Verfügung vom 12. Oktober 2018 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse im Gutachten von Dr. E.____ vom 15. April 2018. Sie ging davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 100 % arbeitsfähig sei. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren anerkannte sie aufgrund der Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. H.____ vom 19. Dezember 2018, dass der Versicherte gesamtmedizinisch ab Oktober 2016 in einer angepassten Tätigkeit lediglich zu 50% arbeitsfähig sei. Wie in Erwägung 4.3 hiervor ausgeführt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Vorliegend sind – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. H.____ in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Zwar trifft zu, dass interne Berichte des RAD eine andere Funktion haben als medizinische Gutachten (Art. 44 ATSG) oder Untersuchungsberichte des RAD im Sinne von Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961. Sie erheben nicht selber medizinische Befunde, sondern setzen sich mit den vorhandenen auseinander. Ihre Funktion besteht vielmehr darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen. Dazu

gehört namentlich auch, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (SVR 2009 IV Nr. 50 S. 153, 8C_756/2008 E. 4.4). Im vorliegenden Fall konnte sich die RAD-Ärztin Dr. H._____ gestützt auf die zuverlässigen Angaben der behandelnden Fachpersonen Dr. C._____ vom 28. Oktober 2016 und Dr. D._____ vom 21. November 2016 und den Erkenntnissen aus der rheumatologischen Expertise von Dr. E._____ vom 25. April 2018 ein lückenloses Bild vom Gesundheitszustand des Versicherten verschaffen. Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, weshalb die RAD-Ärztin Dr. H._____ nicht in der Lage gewesen sein soll, die gesundheitlichen Beschwerden und die damit einhergehende Arbeitsfähigkeit des Versicherten kompetent zu beurteilen. Ihre Einschätzung, wonach beim Beschwerdeführer aus gesamtmedizinischer Sicht ab Oktober 2016 von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen sei, ist aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen nachvollziehbar und erfüllt daher die Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage.

7.2 Die Vorbringen des Beschwerdeführers sind nicht geeignet, dieses Beweisergebnis in Frage zu stellen. Soweit er geltend macht, die Beurteilung der Pneumologin Dr. C._____ vom 28. Oktober 2016 sei veraltet, widersprüchlich und genüge den Anforderungen an eine Entscheidungsgrundlage nicht, kann ihm nicht beigespflichtet werden. Zunächst beruht ihre Einschätzung auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers und sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein. Zwar mag ihre Beurteilung, wonach dem Versicherten eine rein sitzende Tätigkeit ganztags, eine angepasste hingegen lediglich zu 50% möglich sein sollen, widersprüchlich erscheinen. Daraus lässt sich aber nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers ableiten. Denn selbst wenn – unter Berücksichtigung der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc) – von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 50 % ausgegangen wird, resultiert daraus noch keine rentenbegründende Invalidität. Hinweise darauf, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der Beurteilung von Dr. C._____ am 28. Oktober 2016 verschlechtert hat, sind aufgrund der vorliegenden Akten nicht ersichtlich und werden vom Beschwerdeführer nicht dargetan. Auch die nicht mit aussagekräftigen medizinischen Unterlagen begründete Rüge, wonach das Gutachten von Dr. E._____ vom 25. April 2018 aufgrund der nun effektiv gerissenen Sehne überholt sei, ist nicht geeignet, Zweifel an dessen Beweiskraft zu wecken. Diesbezüglich legte der RAD-Arzt Dr. G._____ am 29. November 2018 überzeugend dar, dass sich im Vergleich zum radiologischen Befund vom 18. Januar 2018 eine annähernd gleich grosse Defektzone im Bereich der Supraspinatussehne zeige und sich aus dem radiologischen Befund vom 7. November 2018 allein keine Verschlechterung des funktionellen Gesundheitszustands ableiten liesse. Diese Beurteilung erscheint plausibel und gilt vorliegend umso mehr, als letztlich nicht die Diagnose, sondern die funktionellen Einschränkungen und die damit einhergehenden Auswirkungen auf das Leistungsvermögen der versicherten Person ausschlaggebend sind (Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2009, 9C_617/2008, E. 4.5). Insgesamt stellen das Gutachten von Dr. E._____ vom 25. April 2018 und die Stellungnahme von Dr. G._____ vom 29. November 2018 eine genügende Grundlage für die Beurteilung der Einschränkungen am Bewegungsapparat dar, weshalb darauf abzustellen ist. Da die vorliegen-

den medizinischen Akten eine zuverlässige Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Versicherten zulassen, kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf die beantragte zusätzliche Abklärung verzichtet werden.

8.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.3 hiavor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dabei ist in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (vgl. BGE 129 V 222, 128 V 174), welcher – gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG und Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG – ins Jahr 2017 zu liegen kommt. Für den nachfolgend durchzuführenden Einkommensvergleich sind demnach die in diesem Jahr gegebenen Einkommensverhältnisse massgebend.

8.2.1 Die Ermittlung des Valideneinkommens, d.h. des ohne invalidisierenden Gesundheitsschaden erzielbaren Erwerbseinkommens (Art. 16 ATSG) hat so konkret wie möglich zu erfolgen (Urteile des Bundesgerichts vom 24. März 2014, 9C_868/2013, E. 4.2.1, und vom 28. Januar 2014, 9C_796/2013, E. 2.1). Es ist danach zu fragen, wie viel die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (hypothetische Tatsache), und nicht, was sie bestenfalls hätte verdienen können (BGE 142 V 290 E. 5). Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der statistisch ausgewiesenen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss ohne Gesundheitsschaden die bisherige Tätigkeit fortgesetzt worden wäre. Ist aufgrund der Umstände des Einzelfalles anzunehmen, dass sich die versicherte Person als Gesunde voraussichtlich dauernd mit einer bescheidenen Erwerbstätigkeit begnügen würde, so ist darauf abzustellen, auch wenn sie an sich besser entlöhnte Erwerbsmöglichkeiten hätte (ZAK 1992 S. 90, I 12/90 E. 4a; Urteil des Bundesgerichts vom 14. November 2013, 8C_554/2013, E. 2.1).

8.2.2 Die IV-Stelle bezifferte das Valideneinkommen gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin (vgl. Fragebogen für Arbeitgebende vom 29. November 2016; act. 14) mit Fr. 37'500.--. Dieses Vorgehen ist – selbst unter Berücksichtigung der Tatsache, dass über die B.____GmbH Ende 2017 der Konkurs eröffnet wurde – aus nachfolgenden Gründen nicht zu beanstanden: Angesichts der bisherigen Karriere des Beschwerdeführers besteht kein Zweifel daran, dass er sich als Angestellter bei der B.____GmbH – wie bereits in den Jahren zuvor als Selbstständigerwerbender – mit einem sehr bescheidenen Einkommen begnügte. Dies ist auch dem IK-Auszug (act. 7) zu entnehmen. Demnach erzielte er bei der B.____GmbH ab Mai 2011 bis Dezember 2015 ein Jahreseinkommen von durchschnittlich Fr. 32'500.-- (Fr. 32'000.-- [Mai-Dezember 2011]; Fr. 40'500.-- [2012], Fr. 30'000.-- [2013-2015]). Selbst wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers berücksichtigt wird, dass er das Pensum ab 2013 aus gesundheitlichen Gründen von 100% auf 80% reduzierte, resultiert in den Jahren 2013 bis 2015 ein aufgerechnetes Einkommen von Fr. 37'500.-- (Fr. 30'000.-- : 80 % x 100 %), was mit den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin zum Einkommen ohne Gesundheitsschaden im Jahr 2016 (act. 14) übereinstimmt. Da der Beschwerdeführer bereits mehrere Jahre vor der attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit keine besser entlöhnte andere Arbeit annahm, ist mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass er auch ohne Erkrankung überwiegend wahrscheinlich als Lüftungsmonteur mit tiefen Einnahmen tätig wäre. Demnach besteht entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kein Grund, bei der Bemessung des Valideneinkommens von dem im Jahr 2001 bei der I. _____ AG erzielten Einkommen von Fr. 80'711.-- auszugehen oder das unterdurchschnittliche Valideneinkommen auf einen durchschnittlichen Tabellenlohn aufzurechnen. Daher ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle das Valideneinkommen aufgrund der Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin ermittelte. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im Jahr 2017 von 0,3 % (Bundesamt für Statistik, Nominallohnentwicklung 2011-2017; T1.1.10; Baugewerbe) resultiert ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 37'612.50 (Fr. 37'500.-- x 0,3 %).

8.3.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung die Tabellenlöhne herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2).

8.3.2 Da dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit krankheitsbedingt nicht mehr zumutbar ist und er keine zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, bemisst sich das Invalideneinkommen nach dem Gesagten aufgrund der LSE-Tabellen. Laut Tabelle TA1 der LSE 2014 belief sich das Total aller Männerlöhne im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) im Jahr 2014 auf Fr. 5'312.-- (LSE 2014, Privater Sektor, Tabelle TA1_triage_skill_level, Männer, Kompetenzniveau 1, Zeile "Total"). Dieser Tabellenlohn beruht auf einer einheitlichen Arbeitszeit von 40 Wochenstunden und ist deshalb auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit des Jahres 2017 von 41,7 Stunden (BSV Tabelle T 03.02.03.01.04.01) umzurechnen. Unter Berücksichtigung eines zumutbaren Pensums von 50 % in angepassten Verweistätigkeiten und einer Nominallohnentwicklung von 1,3 % (Total) resultiert ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 33'658.50 (Fr. 5'312.-- x 12 x 41,7 / 40 x 101,3 % x 50 %).

8.4 Setzt man im Einkommensvergleich dieses Invalideneinkommen von Fr. 33'658.50 dem Valideneinkommen von Fr. 37'612.50 gegenüber, so ergibt dies eine Einkommenseinbusse von Fr. 3'954.--. Daraus resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von rund 11 % $([Fr. 37'612.50 - Fr. 33'658.50] : Fr. 37'612.50 \times 100)$. Selbst wenn unter Berücksichtigung der persönlichen und beruflichen Umstände (leidensbedingte Einschränkung, Lebensalter, Anzahl Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), ein maximaler Abzug vom statistischen Lohn von 25 % berücksichtigt würde, resultiert bei einem Invaliditätsgrad von rund 33 % $([Fr. 37'612.50 - Fr. 25'243.85] : Fr. 37'612.50 \times 100)$ kein Anspruch auf eine Rente.

Der Entscheid der IV-Stelle ist im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde deshalb abzuweisen.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Da ihm mit Verfügung vom 28. Dezember 2018 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt wurde, gehen die Verfahrenskosten vorläufig zu Lasten der Gerichtskasse.

9.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens wird keine Parteientschädigung ausgerichtet. Da dem Beschwerdeführer ebenfalls mit Verfügung vom 28. Dezember 2018 die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt wurde, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 15. April 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 18 Stunden und 10 Minuten sowie Auslagen von Fr. 177.60 geltend gemacht. Dieser Aufwand erweist sich in Anbetracht des Aktenumfangs und der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen im Quervergleich mit ähnlich gelagerten Fällen als zu hoch. Dies gilt namentlich in Bezug auf den vorgenommenen und geltend gemachten Aufwand für das Aktenstudium von insgesamt 8 Stunden. Für das vorliegende Verfahren erscheint unter Beachtung aller Umstände ein Aufwand von insgesamt 14 Stunden als angemessen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ist deshalb für seine Bemühungen ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'206.90 (14 Stunden à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 177.60 zuzüglich der geltend gemachten 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

9.3 Der Beschwerdeführer wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'206.90 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse bezahlt.

Gegen diesen Entscheid hat A._____ am 17. September 2019 Beschwerde beim Bundesgericht (vgl. nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. [9C 610/2019](#)) erhoben.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>