

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00517 vom 14. Dezember 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00517](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00517)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00517 du 14 décembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00517 del 14 dicembre 2018

## **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]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). 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 IVG Versicherte, die: a.

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

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

### **E. 1.3**

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 ihrer 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. Valideinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

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 erhob der Versicherte am 9. Mai 2017 (Urk. 1) Beschwerde mit den Anträgen, es sei die Verfügung der IV-Stelle vom 11. April 2017 aufzuheben; es ihm eine volle Invalidenrente ab November 2013 zuzusprechen; eventualiter sei ihm eine Dreiviertelsrente ab November 2013 zuzusprechen; subeventualiter seien durch das angerufene Gericht ergänzende Abklärungen (Gerichtsgutachten) auf Kosten der Beschwerdegegnerin vorzunehmen; subsubeventualiter seien ihm Eingliederungsmassnahmen zu gewähren (S. 1).

Die Beschwerdegegnerin beantragte am 15. Juni 2017 (Urk. 6) Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 4. Juli 2017 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin legte in der angefochtenen Verfügung vom 11. April 2017 (Urk. 2) dar, dass dem Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % zumutbar gewesen sei und immer noch sei. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 72'393.25 und einem mittels statistischen Lohnes eines Hilfsarbeiters ermittelten Invalideneinkommen von Fr. 66'453.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer bemängelte in seiner Beschwerde vom 9. Mai 2017 (Urk. 1), es bestünden unüberwindbare Zweifel an den Einschätzungen in den Gutachten des C.\_\_\_\_ und der B.\_\_\_\_, weshalb diese nicht zu beachten seien. Soweit kein Rentenentscheid anhand seiner Ausführungen möglich sei, seien gemäss dem Subeventualantrag ergänzende medizinische Abklärungen durch das angerufene Gericht vorzunehmen (S. 4-6). Zudem könne von einer verwertbaren Restarbeitsfähigkeit nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich sei, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kenne oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden eines entsprechenden Arbeitsplatzes daher von vornherein als ausgeschlossen erscheine (S. 6 f.). Ferner brachte er vor, den Aussagen der behandelnden Psychiaterin komme anders als anderen behandelnden Ärzten aufgrund dessen, dass es sich bei ihr zur Zeit ihrer Stellungnahme um eine Gutachterin handle die auf der Liste der externen Gutachterinnen und Gutachter der SVA Zürich stehe, entsprechend hohes beweisrechtliches Gewicht zu (S. 7). Ferner kritisierte er das Vorgehen der Beschwerdegegnerin bei der Errechnung des Invaliditätsgrads (S. 7 f.). Schliesslich seien ihm Eingliederungsmassnahmen zu gewähren, sollte das Gericht seinen Ausführungen nicht folgen (S. 8 f.).

### **E. 2.3**

Strittig und nachfolgend zuerst zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 3.

Im von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen polydisziplinären interistischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 16. November 2016 (Urk. 7 / 98 ) nannte n

Dr. D.\_\_\_\_, Spezial arzt für Orthopädie, Dr. E.\_\_\_\_, Spezialärztin für Neurologie, Dr. F.\_\_\_\_, Spezial arzt für Innere Medizin, und Dr. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 82 f. ): - Cervicovertebralsyndrom bei leichter Osteochondrose und kleiner Diskushernie C3/4 mit Unkarthrose und mässiger Kompression der Nerven wurzel C4 links, kleiner Diskushernie und leichter Spondylarthrose C4/5, leichter Osteochondrose und Spondylarthrose C6/7 ohne neurale Kompression sowie Status nach Spondylodese C5/6 mit Cage-Einlage März 2009 - Lumbovertebralsyndrom bei Diskusprotrusion und Spondylarthrose L3/4, Diskusprotrusion und Spondylarthrose L4/5 mit Tangieren der Nerven wurzel L5 beidseits rezessal und L4 links foraminal/extraforaminal und leichter Diskusprotrusion sowie Spondylarthrose L5/S1 ohne neurale Kompression - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0) - Chronisches Cervicalsyndrom, Status nach Dekompression HWK 5/6 mit Cage-Einlage März 2009 mit - Aktuell mit leichtgradig ausgeprägter sensibel-radikulärer Komponente C4 bis C7 rechts im Sinne eines sensiblen Residuums bei Mr-radio logisch Mai 2013 beschriebener discogen bedingter Kompression von C7 links foraminal sowie Tangierung der Nervenwurzeln C5 und C7 rechts Inzwischen - Mr-radiologisch 6. September 2016 aufgehobener Kompromittierung der Nervenwurzel C5 rechts sowie C7 beidseits, hingegen mässiggradiger Kompression der Nervenwurzel C4 foraminal links - Leichtgradiges sensomotorisches, sensibel betontes, Sulcus ulnaris-Syndrom links - Aktuelles ENG: Nachweis einer fokalen Demyelinisierung im distalen Sulcusabschnitt links

Daneben nannten sie unter anderem folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 82 f.; gekürzt wiedergegeben): - Spezifische Phobien (ICD-10 F40.2) - Panikstörung, episodisch paroxysmale Angst (ICD-10 F41.0) - Anhaltende residuelle sehr wahrscheinlich multifaktorielle Schwindelbeschwerden bei Otitis media chronica cholestea rechts mit Tympanoplastik, Antrotomie rechts 1986, muskulärer rotationsabhängiger cervicogener Komponente - Senk-/Spreizfüsse - Adipositas - Koronare Herzkrankheit, Status nach Myokardinfarkt Oktober 2010 (non STEMI) mit Dilatation des Ramus circumflexus ohne Stenteinlage, Status nach PTCA und Einlage eines drug eluting stents Februar 2016 des Ramus circumflexus wegen einer 70%igen Re-Stenosierung mit instabiler Angina pectoris - Peripher arterielle Verschlusskrankheit IIb nach Fontaine bei Stenosen der Beckenstrombahn rechts, beider Oberschenkel- und der Unterschenkel arterien beidseits

Die Gutachter führten aus, im Rahmen der postoperativen Rehabilitation habe von März bis Juni 2009 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (Arbeitsunfähigkeit 100 %) als Hilfsarbeiter in einer Druckerei bestanden. Ab Juli 2009 betrage die Arbeitsfähigkeit 80 % (Arbeitsunfähigkeit 20 %) bei voller Stundenpräsenz für das Reinigen von Druckmaschinen und Stapel-/Packarbeiten auf Grund der neurologischen Diagnosen. Dabei komme es auch zu sensomotorischen Schmerzexazerbationen im Bereich der linken Hand durch passagere Kompression / Dehnung des Nervus ulnaris im Sulcusbereich. Die Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter in einer Druckerei, vorwiegend stehend, mit nicht seltenem Bücken und monotonen Bewegungen am Fließband betrage auf grund der degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule und Status nach

Dekompression C5/6 mit Cage-Interposition seit Mai 2013 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 60 % (Arbeitsunfähigkeit 40 %). Seit dem Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung betrage die Arbeitsfähigkeit aufgrund des zusätzlichen Lumbovertebralsyndroms bei Diskusprotrusion und Spondylarthrose L3/4, Diskus protrusion und Spondylarthrose L4/5 mit Tangieren der Nervenwurzel L5 beidseits rezessal und L4 links foraminal/extraforaminal und leichter Diskus protrusion sowie Spondylarthrose L5/S1 ohne neurale Kompression gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 50 % (Arbeitsunfähigkeit 50 %).

Auch für adaptierte Tätigkeiten bestehe im Rahmen der postoperativen Rehabilitation gesamthaft bei voller Stundenpräsenz von März bis Juni 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit 0 %) bei voller Stundenpräsenz. Arbeiten in Wechselhaltung, in temperierten Räumen ohne stereotype Halswirbelsäulen- oder die obere Extremität stark gewichtsbelastende Aufgaben ohne Überkopparbeiten, könnten seit Juli 2009 bei voller Stundenpräsenz zu 100 % (Arbeitsunfähigkeit 0 %) zugemutet werden, wobei es sich seit Mai 2013 zusätzlich um Arbeiten ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen handeln sollte.

Die Arbeitsfähigkeit bestehe seit Juli 2009 und einer sofortigen beruflichen Eingliederung stehe nichts entgegen (S. 84 f.).

Zur Prognose berichteten sie, aufgrund der Schwierigkeit, das Gewicht massgeblich zu reduzieren, sowie der fraglichen Motivation des Beschwerdeführers sei diese eher ungünstig. Neurologischerseits sei die Prognose betreffend des aktuell diagnostizierten, als leichtgradig zu bewertendem Sulcus ulnaris-Syndroms links insgesamt günstig. Sollten die Beschwerden dennoch exazerbieren, müsse klinisch wie elektroneurographisch eine Verlaufsunter-suchung erfolgen, welche eine Progression aufdecken könne, zur Bestimmung des optimalen Operationszeitpunktes. Hinsichtlich der als leichtgradig zu bewertenden residuellen, sensibel radikulären Störung rechts C4-C7, sei die Prognose schwer abzuschätzen. Aktuell ohne entsprechendes (berufliches) Belastungsprofil (Halswirbelsäule und Extremitäten) stehe dies eher im Hintergrund. Exazerbationen sensibel-neuropathischer Beschwerden gleicher Lokalisation seien unter Dauerbelastung jedoch möglich. Ebenso könnten haltungs-/stellungsbedingt die muskulären paracervicalen wie im Schultergürtelbereich beidseits auftretenden Schmerzen intermittierend exazerbieren. Die psychiatrische Diagnose scheine begrenzt günstig zu sein, da doch schon Hinweise auf eine gewisse Chronifizierung bei Stagnation des Krankheitsverlaufes zu beobachten sei. Um eine Remission mit ausreichender Stabilisierung zu erreichen, sollte die Dosis des bereits verordneten Antidepressivums angepasst und eine höher frequente psychotherapeutische Behandlung angestrebt werden (S. 85 f.).

Ferner stellten die Gutachter fest, die Arbeitsfähigkeit sei primär durch ein somatisches Leiden mit Krankheitswert eingeschränkt. Ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren bestehe nicht, obwohl exogene Belastungsfaktoren wie Arbeitslosigkeit, soziale Kontaktabbrüche und Gefühle der Wertlosigkeit bestünden. Es lägen keine Hinweise für eine Suchterkrankung vor. Zudem bemerkten sie, die Angaben des Beschwerdeführers seien nicht konsistent. Dem orthopädischen Gutachter habe er angegeben, er habe keine Ausstrahlung mehr in den linken Arm, habe sich aber bei der Neurologin über eine persistierende Schmerzausstrahlung in den linken Arm beklagt. Dem orthopädischen Gutachter habe er mitgeteilt, er fühle sich nicht mehr arbeitsfähig, der neurologischen Gutachterin hingegen, er könne leichte Arbeiten verrichten. Auch gegenüber der

psychiatrischen Gutachten habe er gefunden, er könne angepasste Arbeiten wahrscheinlich verrichten (S. 86). 4. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten der Fachärzte der C.\_\_\_\_ vom 16. November 2016 (E. 3) beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Die Gutachter haben die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Damit entspricht es den bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. E. 1.4). 4.2

Der Beschwerdeführer bemängelte in seiner Beschwerde vom 9. Mai 2017 (Urk. 1) das C.\_\_\_\_-Gutachten (vgl. E. 3) in verschiedener Hinsicht.

So brachte er vor, dass es sich bei diesem um ein Verlaufsgutachten statt ein eigenständiges Gutachten handle und daher das Risiko bestünde, dass die C.\_\_\_\_ Gutachter sich voreingenommen auf das seiner Meinung nach zweifelhafte B.\_\_\_\_-Gutachten (vgl. E. 3) hätten stützen können (vgl. Urk. 1 S. 4 Ziff. 2.1). Dem ist zu entgegnen, dass der Neubegutachtungsauftrag durch die Beschwerdegegnerin an die C.\_\_\_\_ aufgrund der Tatsache einer möglichen Veränderung des Gesundheitszustandes im Nachgang zum B.\_\_\_\_-Gutachten erfolgte, da sich ein diesbezüglicher Verdacht durch neue eingereichte medizinische Unterlagen ergeben hatte (vgl. Urk. 7/75 und Urk. 7/80), und nicht etwa, weil sie dieses als nicht beweiswertig erachtete (vgl. Urk. 7/106 S. 3 und S. 4). Der Auftrag erfolgte in der Folge im Sinne eines Verlaufsgutachtens, jedoch mit dem ausdrücklichen Zusatz, das B.\_\_\_\_-Gutachten ebenfalls zu würdigen (vgl. Urk. 7/106 S. 4, Urk. 7/81/3, Urk. 7/84/3 und Urk. 7/85).

Somit handelt es sich beim C.\_\_\_\_-Gutachten nicht um ein gewöhnliches Verlaufsgutachten, welches sich nur über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Nachgang zum B.\_\_\_\_-Gutachten äussert und lediglich auf den durch die B.\_\_\_\_-Gutachter festgestellten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers abstellt. Die C.\_\_\_\_-Gutachter haben sich vielmehr, wie verlangt, kritisch mit der Untersuchung der B.\_\_\_\_-Gutachter auseinandergesetzt und unter Würdigung aller ihnen vorgelegten medizinischen Akten – auch aus der Zeit vor der B.\_\_\_\_-Begutachtung – ebenfalls eine eigene Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum abgegeben (vgl. Urk. 7/98; vgl. insbesondere zur Auseinandersetzung mit dem B.\_\_\_\_-Gutachten S. 10, S. 40, S. 66-68, S. 70-72, S. 81 f.; zur Berücksichtigung der Akten S. 2 f., S. 8, S. 13-22, S. 44-48; zur eigenständigen auch rückwirkenden Beurteilung vgl. S. 9-11, S. 37, S. 40-43, S. 68 f., S. 77-86).

Die C.\_\_\_\_-Gutachter kamen so in Übereinstimmung mit der behandelnden Dr. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Urk. 7/80 S. 3 f.), zum Schluss, dass die neurologische Untersuchung der B.\_\_\_\_-Gutachter ohne neurographische Untersuchung erfolgt und deshalb die diagnostische Deutung des neurologischen B.\_\_\_\_-Gutachters kritisch zu bewerten sei (vgl. Urk. 7/98 S. 67 und S. 71). Weiter kritisierten sie aus orthopädischer Sicht, dass sich die B.\_\_\_\_-Gutachter bei ihrer Untersuchung auf ein damals zwei Jahre altes MRI der Halswirbelsäule gestützt, die Lendenwirbelsäulen-Beschwerden und das vermutete Impingement in der linken Schulter nicht mittels MRI abgeklärt sowie die Gewichtslimite des linken Armes nicht mittels funktioneller Leitungsfähigkeit beurteilt hätten (vgl. S. 10). Die C.\_\_\_\_-Gutachter

attestierten denn auch – in Abweichung zu den B.\_\_\_\_-Gutachtern – eine Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund somatischer Leiden in angestammter Tätigkeit ab Juli 2009 von 80 % und ab Mai 2013 von 60 % sowie seit dem Begutachtungszeitpunkt aufgrund des zusätzlichen Lumbovertebralsyndroms von 50 % (vgl. S. 84). Was die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit angeht, äusserten sich die C.\_\_\_\_-Gutachter jedoch dahingehend, dass ihre Einschätzung in somatischer Hinsicht nicht von derjenigen der B.\_\_\_\_-Gutachter abweiche und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. S. 10 und S. 84 f.).

Desgleichen berücksichtigte die psychiatrische C.\_\_\_\_-Gutachterin die ihr vorliegenden Arztberichte in vollem Umfang und zog diese in die Beurteilung mit ein, insbesondere das Gutachten des B.\_\_\_\_ und die Berichte von Dr. H.\_\_\_\_ (vgl. S. 40). Sie kritisierte die psychiatrische Einschätzung der B.\_\_\_\_-Gutachter, welche die Einschränkungen aufgrund der im Vordergrund stehenden depressiven Störung auf invaliden versicherungsrechtlich irrelevante psychosoziale Faktoren zurückführten und zum Schluss kamen, dass aus psychiatrischer Sicht weder in der angestammten noch einer angepassten Tätigkeit Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vorlagen (vgl. Urk. 7/65/3-70 S. 34 -36), nicht. Auf die von der behandelnden Dr. H.\_\_\_\_ attestierten Arbeitsunfähigkeiten verwies sie lediglich, bestätigte diese jedoch nicht (vgl. Urk. 7/98 S. 12-44). Darüber hinaus ist – was die Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ angeht - auf die Erfahrungstatsache hinzu weisen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Daran ändert auch der vom Beschwerdeführer vorgebrachte Einwand (vgl. Urk. 1 S. 8 Ziff. 4), dass Dr. H.\_\_\_\_ auf der Liste der externen Experten der Beschwerdegegnerin figurierte, nichts, zumal diese den Beschwerdeführer über Jahre hinweg zuerst neurologisch und dann auch psychiatrisch behandelte und somit ein enges Vertrauensverhältnis zu diesem aufgebaut hatte (vgl. beispielsweise Urk. 7/7/2-3 und Urk. 7/32/7 8). Dr. H.\_\_\_\_ benannte in ihren Berichten denn auch

keine Aspekte, die bei der psychiatrischen Begutachtung durch das C.\_\_\_\_ (vgl. E. 3 und Urk. 7/98/12-44) und das B.\_\_\_\_

(vgl. Urk. 7/65/3-70 S. 34-36, S. 39-41 und S. 42-49) unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen).

Ferner bemängelte der Beschwerdeführer, es sei objektiv nicht nachvollziehbar, weshalb kardiologische Einschränkungen als ohne Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit eingeschätzt würden, zumal ausdrücklich gewisse Tätigkeiten (insbesondere Treppensteigen) aus kardiologischer Sicht ausgeschlossen worden seien (Urk. 1 S. 4 Ziff. 2.2). Dem Beschwerdeführer ist beizupflichten, dass dies bezüglich ein gewisser Widerspruch besteht. Entscheidend ist jedoch, dass die Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbezogen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt ist und somit Berücksichtigung in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit findet. Dies ist vorliegend durch die Beschreibung der Einschränkung wegen des Herzleidens (Treppensteigen) in der Konsensbeurteilung und damit massgeblich für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (Umschreibung des Belastungsprofils) durch die C.\_\_\_\_-Gutachter erfolgt (vgl. Urk. 7/98 S. 77-82; bezüglich der Einschränkung des Treppensteigens aufgrund des Herzleidens vgl. S. 78).

Dem Vorbringen des Beschwerdeführers bezüglich des Revaskularisations ein griffes (vgl. Urk. 1 S. 5) ist zu entgegnen, dass die C.\_\_\_\_-Gutachter lediglich sta tuierten, dass die Situation im rechten Bein durch einen solchen nachhaltig ver bessert werden könnte und es nicht nachvollziehbar sei, weshalb ein solcher nicht schon erfolgt sei. Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers blieben deswegen aber die diesbezüglichen Einschränkungen von den C.\_\_\_\_-Gutachter nicht unberücksichtigt. Vielmehr schlossen sie daraus, dass er deswegen nicht Treppensteigen oder längere Strecken gehen könne (vgl. so explizit Urk. 7/98 S. 78 unten). 4.3 4.3.1

Nach dem Gesagten kann auf das C.\_\_\_\_ -Gutachten (E. 3) abgestellt werden. 4.3.2

Aus somatischer Sicht bestehen bei m Beschwerdeführer aufgrund des Cervico vertebralsynd roms, des Lumbovertebralsyndroms, des chronischen Cervical syn drom s, des leichtgradigen sensomotorische n Sulcus ulnaris-Syndrom s links und des Herzleidens Einschränkungen in seiner Leistungsfähigkeit. Für nicht ange passte Tätigkeiten als Hilfsarbeiter einer Druckerei war er ab Juli 2009 zu 80 %, und ab Mai 2013 zu 60 % und seit dem C.\_\_\_\_-Begutachtungszeitpunkt zu 50 % arbeitsfähig. In angepassten Tätigkeiten ist er unter Berücksichtigung seines Belastungsprofils seit Juli 2009 zu 100 % arbeitsfähig, wie die C.\_\_\_\_ -Gutachter nachvollziehbar darlegten. Dem Beschwerdeführer sind demnach aus somatischer Sicht – in der vorliegend interessierenden Zeit seit Mai 2013 – Arbeiten in Wech sel haltung, in temperierten Räumen ohne stereotype Halswirbelsäulen- oder die obere Extremität stark gewichtsbelastende Aufgaben ohne Überkopf arbeiten und ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierende Körperhaltung sowie mit Ein schränkungen hinsichtlich des Treppensteigens sowie längerer Gehstrecken zumutbar (vgl. E. 3). 4.3.3

In Bezug auf die psychische Problematik wurde von den C.\_\_\_\_ -Gutachtern als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichter Episode genannt (vgl. E. 3). Sie stellten fest, die Arbeitsfähigkeit sei primär durch ein somatisches Leiden mit Krankheitswert ein geschränkt (vgl. Urk. 7/98 S. 86), und statuierten ausdrücklich lediglich eine Ein schränkung der Arbeitsfähigkeit

ab Mai 2015 in der angestammten von 20 % und keine Einschränkung in angepasster Tätigkeit, wobei für die Zeit davor aufgrund der eingehenden Auseinandersetzung mit dem B.\_\_\_\_-Gutachten und der ausge bliebenen Kritik an deren psychiatrischen Einschätzung von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angestammter sowie angepasster Tätigkeit aufgrund der psychischen Leiden auszugehen ist (vgl. E. 4.2).

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem struk turierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und E.

7). 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). Die Anerkennung eines rentenbegründen den 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 Nach weis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweis losigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). Das Bun desgericht hat das strukturierte Beweisverfahren anhand von Standartindikatoren 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 Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) -

behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) In der Folge ist daher eine Prüfung der funktionellen Auswirkungen der psychischen Leiden des Beschwerdeführers anhand des strukturierten Beweisverfahrens vorzunehmen.

Zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ gibt es Folgendes auszuführen: Es liegt lediglich ein leichtes psychisches Leiden vor (vgl. Urk.

7/98 S. 43). Der von Dr. G.\_\_\_\_ im C.\_\_\_\_-Gutachten erhobene Befund ist – abgesehen von der krankheitsbedingten Ausprägung aufgrund der leichten depressiven Episode mit teilweiser gedrückter affektiver Stimmungslage und verminderter Motivation, Interesse und Freude –

im Wesentlichen unauffällig (vgl. Urk. 7/98 S. 33 f.). Gleiches gilt im Übrigen für die psychiatrische Erhebung durch die B.\_\_\_\_-Gutachter (vgl. Urk. 7/3-70 S. 45 f.). Bezüglich Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz ergibt sich aus dem C.\_\_\_\_-Gutachten, dass der Beschwerdeführer alle zwei Monate zur psychiatrischen Behandlung geht und medikamentös eingestellt ist (vgl. Urk. 7/98 S. 148). Eingliederungsversuche wurden keine vorgenommen, obwohl eine Arbeitsfähigkeit seit Juli 2009 besteht (vgl. Urk. 7/98 S. 85 sowie Urk. 7/1-108). Der Beschwerdeführer hat jedoch gegenüber den B.\_\_\_\_ Gutachtern angegeben, nach der Entlassung zwischenzeitlich über 200 Bewerbungen geschrieben, und sich 2014 für eine Arbeitsvermittlung (50 %-Pensum) beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum angemeldet zu haben (vgl. Urk. 7/65/3 70 S. 35 und Urk. 7/51).

Zu einer allfälligen Komorbidität äusserten sich die Gutachter nicht. Angesichts der gegebenen 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit kann eine solche ausser Acht bleiben.

Hinsichtlich dem Komplex der „Persönlichkeit“ ist zu bemerken, dass beim Beschwerdeführer eine einfach strukturierte, ängstliche und selbstunsichere Persönlichkeitsstruktur ohne Hinweise auf Depersonalisations- oder Derealisationsphänomene vorliegt, seine Intelligenz als durchschnittlich erscheint, seine Aufmerksamkeit und Konzentration ausreichend gegeben und formale wie inhaltliche Denkstörungen nicht erkennbar sind (vgl. Urk. 7/98 S. 151 f.). Damit ist kein strukturelles Defizit im Sinne einer eigentlichen Persönlichkeitsproblematik erkennbar, welches im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen würde.

In Bezug auf den Komplex „Sozialer Kontext“ ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit seiner Frau in einer 5,5-Zimmerwohnung und in einer guten Beziehung lebt. Mit seinen erwachsenen Kindern besteht ein harmonischer Umgang. Bezüglich seiner vier noch lebenden Geschwister hat er lediglich zu einer Schwester telefonischen Kontakt. Zu Kollegen besteht nur ein sporadischer Kontakt. Ein Freund besucht ihn etwa alle drei Wochen und mit den Nachbarn pflegt er sporadischen Kontakt (vgl. Urk. 7/98 S. 146). Die verminderten sozialen Kontakte ausserhalb der Familie bestanden schon vor Eintritt der Gesundheitsstörung (vgl. Urk. 7/98 S. 82). Damit enthält der Lebenskontext des Beschwerdeführers gewisse sich positiv auf seine Ressourcen auswirkende Faktoren.

Was die Kategorie „Konsistenz“ anbelangt, ist zu bemerken, dass der Tagesablauf des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der leichten depressiven Störung unauffällig ist. Er steht zwischen 5:00 und 6:30 Uhr auf, raucht, nimmt seine Tabletten ein, trinkt Kaffee, nimmt ein kleines Frühstück, hört Musik, verbringt die Zeit auf dem Heimvelo und sitzt oder liegt den ganzen Vormittag herum. Wenn seine Frau ihm kein Essen kocht, isst er kalt. Danach hält er einen circa 2 stündigen Mittagsschlaf und verbringt den Nachmittag auf dem Sofa im Wohnzimmer, schaut fern und geht eine halbe Stunde spazieren. Einmal in der Woche kommen seine Kinder auf Besuch und einmal alle drei Wochen ein Freund, der mit ihm Pizza essen geht. Gegen Abend isst er mit seiner Frau und schaut dann Fernsehen oder verbringt die Zeit vor dem Computer. Die Schlafenszeit ist unregelmässig, gelegentlich geht er um 24:00 Uhr ins Bett (vgl. Urk. 7/98 S. 146 f. und Urk. 7/65/3-70 S. 44). Zudem erledigt er schwere Lebensmitteleinkäufe zusammen mit seiner Frau, kleine Einkaufsaufträge für den täglichen Bedarf erledigt er manchmal gemäss ihren Anweisungen. Im Haushalt übernimmt er nur kleine Aufgaben, weil seine Frau mit seinen Verrichtungen nicht zufrieden ist (vgl. Urk. 7/98 S. 53). All diese Umstände sprechen gegen eine gleichmässige Einschränkung in allen Lebensbereichen.

Bezüglich des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer lediglich einmal alle zwei Monate psychotherapeutische Gespräche führt, was auf einen geringen Leidensdruck hinweist (vgl. Urk.

7/98 S. 148).

Bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren und insbesondere mit Blick auf das leichte psychische Leiden, der unauffälligen Persönlichkeit, den vorhandenen sozialen Ressourcen sowie dem geringen Leidensdruck ist in Einklang mit dem C.\_\_\_\_-Gutachten (vgl. E. 3) und der Einschätzung der B.\_\_\_\_ Gutachter (vgl. Urk. 7/65/3-70) eine relevante Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund des psychischen Leidens des Beschwerdeführers nicht mit dem nötigen Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit für die Zeit bis April 2015 und ab Mai 2015 lediglich mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit in einem Umfang von 20 % (Einschränkung emotionale Belastbarkeit, geistige Flexibilität, Kontaktfähigkeit, Dauerbelastbarkeit [vgl. Urk. 7/98 S. 159])

nachgewiesen. 5. 5.1

Der Beschwerdeführer brachte weiter vor, dass von einer verwertbaren Restarbeitstätigkeit nicht mehr gesprochen werden könne, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich sei, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kenne oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen

Arbeitgebers möglich wäre und das Finden eines entsprechenden Arbeitsplatzes daher von vornherein als ausgeschlossen erscheine (Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 3). Dem ist entgegenzuhalten, dass am 20. Oktober 2016 dem Zeitpunkt der Kostenbeurteilung der C.\_\_\_\_-Gutachter (vgl. Urk. 7/98 S. 2), der am 16.

Oktober 1957 geborene Beschwerdeführer gerade

59-jährig geworden war und damit noch eine Aktivitätsdauer von beinahe sechs Jahren vor sich gehabt

hatte. Er hat keinen Beruf erlernt (Urk. 7/1 S. 1 und S.

4), arbeitete bei verschiedenen Arbeitgebern (vgl. Urk. 7/8) und war zuletzt von Februar 1997 bis Mai 2013 als Hilfsarbeiter bei der Drucker tätig (vgl. Urk. 7/

#### **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**

sowie einem gewährten Abzug auf den Tabellenlohn von 10 % auf grund des Alters und der langen Dienstangehörigkeit resultiere ein Invaliditätsgrad von 17 %, womit kein Rentenanspruch bestehe (S. 2).

#### **E. 13**

S. 1). Damit verfügt der Beschwerdeführer zwar über einen geringen Ausbildungsstand, aber über eine langjährige Berufserfahrung mit unterschiedlichen Arbeitgebern. Trotz der gesundheitlichen Einschränkungen (vgl. E. 3) steht ihm weiterhin ein gewisses Spektrum an auszuübenden Hilfstätigkeiten offen.

Eine Gesamtwürdigung der für die Zumutbarkeitsfrage im vorliegenden Fall massgebenden objektiven und subjektiven Umstände ergibt somit, dass die dem Beschwerdeführer verbliebene Einsatzfähigkeit mit Einschränkungen auch bei behinderungsgerechten Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt und auch mit Blick auf sein fortgeschrittenes Alter in realistischer Weise noch nachgefragt war und ihm deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht zugemutet werden konnte. Da seine Restvermögensfähigkeit wirtschaftlich noch verwertbar war, liegt respektive keine vollständige Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG vor.

Zudem ist trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung in zumutbarer Weise erzielbare Einkommen überdies bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.2.1). Demzufolge bleiben die erwerblichen Auswirkungen der

Einschränkungen des Beschwerdeführers zu prüfen (E. 1.3).

#### 5.2.5.2.1

Für die Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fort gesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde. Dieses Gehalt ist, wenn nötig, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung anzupassen (BGE 135 V 58 E. 3.1).

Die Beschwerdegegnerin errechnete – gestützt auf ein im Jahr 2013 erzielt monatliches Bruttoeinkommen von Fr. 5'530.-- und unter Berücksichtigung des 13. Monatslohns sowie unter Aufrechnung auf das Jahr 2014 – ein massgebliches Valideneinkommen von Fr. 72'393.25 (vgl. Urk. 2 S. 2 und Urk. 7/105 S. 1). Der Beschwerdeführer stellte sich hingegen auf den Standpunkt, dass von einem massgeblichen Valideneinkommen von Fr. 82'750.20 auszugehen sei. Er stützte sich dabei auf die Lohnabrechnungen der Monate Januar bis November 2010 mit Anpassung an ein Grundeinkommen von Fr. 5'530.-- für das Jahr 2013, berücksichtige dabei den 13. Monatslohn und insbesondere die regelmässig erzielten Nachtzulagen sowie den Abzug für die Mahlzeitenentschädigung (vgl. Urk. 1 S. 8 f. Ziff. 5).

Dem Beschwerdeführer ist insoweit beizupflichten, dass regelmässig geleistete Nachtschichten und der damit verbundene Nachtzuschlag zu berücksichtigen sind. Da von dem letzten erzielten Lohn vor Eintritt der Gesundheitsschädigung auszugehen ist - der Beschwerdeführer arbeitete zuletzt als Hilfsarbeiter/Drucker bei der A.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 7/13/1-7 S. 1) -, ist bezüglich erzielt Mehreinkommen (Nachtzuschlag) aber nicht auf die Lohnabrechnungen 2010 abzustellen, sondern auf erzielte Mehreinkünfte in den Monaten vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Mai 2013. Da der Nachtzuschlag monatlichen Schwankungen unterliegt, rechtfertigt es sich vorliegend auf die sechs dem Mai 2013 vorangehenden Monate - ohne grosse Krankenabwesenheit - abzustellen. Für die Monate November 2012 bis April 2013 resultiert ein im Durchschnitt monatliche Mehreinkünfte wegen geleisteter Nachtschichten von Fr. 434.-- (November 2012: Fr. 560.95, Dezember 2012: Fr. 701.20, Januar 2013: Fr. 140.25, Februar 2013: Fr. 140.25, März 2013: Fr. 280.50, April 2013: Fr. 781.35 [vgl. Urk. 7/13/12-13]). Im Jahr 2013 erzielte er ein monatliches Bruttoeinkommen von Fr. 5'530.-- (vgl. Urk. 7/1-7 S. 2). Inklusive 13. Monatslohn und unter Berücksichtigung des durchschnittlich erzielten Nachtzuschlages hätte somit ein jährliches Bruttoeinkommen im Jahr 2013 von Fr. 77'098.-- [13

x Fr. 5'530.-- + 12 x 434.--] resultiert. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (Bundesamt für Statistik; Tabelle T1.1.10 Nominallohnindex, Männer 2011-2017; Total), resultiert ein massgebliches Valideneinkommen für das Jahr 2017 (Verfügungszeitpunkt) von Fr. 78'678.-- (Fr. 77'098.-- / 102.5 [Index 2013] x 104.6 [Index 2017]). 5.2.2

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein tatsächlich erzielt 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 gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführer ging nach der Kündigung seit Mai 2013 keiner Arbeit mehr nach, weshalb auf die Tabellenlöhne gemäss LSE abzustellen ist. Rechtssprechungen gemäss sind daher die Löhne für Männer (LSE 2014 TA1, Kompetenz niveau 1) in einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art heran zu ziehen, so dass - angepasst an die Nominallohnentwicklung von Indexstand 103.2 (2014) auf Indexstand 104.6 (2017; vgl. Tabelle T1.1.10 Nominallohnindex, Männer 2011-2017, Total) sowie an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7

Stunden im Jahr 2017 (vgl. Tabelle T 03.02.03.01.04.01 Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) in angepasster Tätigkeit ein Invaliden einkommen von Fr. 67'355.-- resultiert (Fr. 5'312.-- x 12 / 103.2 x 104.6 / 40 x 41.7). 5.2.3

Unter Berücksichtigung des Alters des Beschwerdeführers sowie der langjährigen Dienstzugehörigkeit gewährte die Beschwerdegegnerin einen leidensbedingten Abzug auf den Tabellenlohn von 10 % (vgl. Urk. 2 S. 2 und Urk. 7/105 S. 1). Nach ständiger Rechtsprechung darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person gesundheitlich bedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, rechtfertigt an sich noch keinen Abzug vom Tabellenlohn. Bestehen jedoch über das ärztlich beschriebene Beschäftigungsspensum hinaus zusätzliche Einschränkungen, wie beispielsweise solche die ihrer besonderen Natur nach nicht ohne weiteres mit den Anforderungen, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen ergeben, vereinbar sind, kann dies bei der Bemessung des leidensbedingten Abzugs vom statistischen Tabellenlohn berücksichtigt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_552/2017 vom 18. Januar 2018 E. 5.3.1).

Der Beschwerdeführer ist aufgrund des ärztlichen Zumutbarkeitsprofils in einer angepassten Tätigkeit ganztags arbeitsfähig. Es bestehen jedoch erhebliche Einschränkungen. So sind ihm nur noch Arbeiten in Wechselhaltung, in temperierten Räumen ohne stereotype Halswirbelsäulen- oder die oberen Extremitäten stark gewichtsbelastende Aufgaben ohne Überkopfarbeiten und ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierende Körperhaltung zumutbar. Weiter bestehen Einschränkungen hinsichtlich des Treppensteigens und längerer Gehstrecken (vgl. E. 4.3.2 vorstehend). Auch kommen Komplikationen in Bezug auf Vermeidung von Hyperflexionen beziehungsweise häufigen und gewichtsbelasteten Flexions-Extensionsbewegungen des Unterarms im Ellenbogengelenk links, kein Abstützen des Ellenbogengelenkes auf Tisch und/oder Stuhlkanten (nicht aber in dem Ausmasse, dass von einer funktionalen Einarmigkeit ausgegangen werden müsste) dazu (vgl. Urk. 7/98 S. 85). Insgesamt bewirken diese eine erschwerte Verwertbarkeit der trotz des Gesundheitsschadens noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Dem Beschwerdeführer steht daher selbst innerhalb der zumutbaren Verweistätigkeiten nur noch ein beschränktes Tätigkeitsspektrum offen, was eine Reduktion des potenziell angebotenen Lohns zur Folge hat. Dies wurde von der Beschwerdegegnerin bei der Bemessung des leidensbedingten des Abzugs zu wenig bzw. nicht mitberücksichtigt, was es zu korrigieren gilt.

Unter Mitberücksichtigung dieser Einschränkungen ist nach gesamthafter Würdigung der konkreten Umstände im Sinne einer umfassenden Schätzung des Einkommens aller in Betracht fallender Merkmale (vorerwähnte Einschränkungen, Alter, hohes Dienstalter) mit Blick auf die bundesgerichtliche Praxis der Abzug auf 15 % festzusetzen (vgl. beispielsweise auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_320/2017 vom 6. September 2017, 8C\_552/2017 vom 18. Januar 2018 und 8C\_552/2017 vom 1. Februar 2018). Somit resultiert ein anrechenbares Invalideneinkommen von Fr. 57'252.-- (Fr. 67'355.-- x 0,85).  
5.3

Nach dem Gesagten steht dem Valideneinkommen von Fr. 78'678.-- ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 57'252.-- gegenüber. Damit resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 27 (27,2) %.

Selbst der höchste zulässige Abzug von 25 %, der hier von vornherein nicht gerechtfertigt ist, würde ebenfalls zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 36 (35,8) % (Valideneinkommen: Fr. 78'678.--; Invalideneinkommen von Fr. 50'516.-- [Fr. 67'355.-- x 0,75]) führen. Gleiches würde selbst für den Fall gelten, wenn ungerechtfertigterweise auf das vom Beschwerdeführer ins Feld geführte Valideneinkommen von Fr. 82'750.20 (vgl. Urk. 1 S. 9 Ziff. 5) abgestellt und vom höchst zulässigen Abzug von 25 % ausgegangen würde. Selbst dann resultierte ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 39 % (Valideneinkommen: Fr. 82'750.20; Invalideneinkommen von Fr. 50'516.-- [Fr. 67'355.-- x 0,75]). Weiterungen dazu erübrigen sich daher.

Die Beschwerde ist in der Folge abzuweisen. 6.

Der Beschwerdeführer beantragte in seiner Beschwerde vom 9. Mai 2017 (Urk. 1) im Eventualstandpunkt auch die Gewährung von Eingliederungsmassnahmen (vgl. S. 2 und S. 6 f.). In der angefochtenen Verfügung vom 11. April 2017

(Urk. 2) geht es ausschliesslich um den Anspruch auf eine Invalidenrente und Eingliederungsmassnahmen werden nicht behandelt. Somit bilden sie vorliegend auch nicht Streitgegenstand, weshalb auf den diesbezüglichen Antrag des Beschwerdeführers nicht einzutreten ist. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie vom unterliegenden Beschwerdeführer zu tragen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

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

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

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom 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  
GräubMüller

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