

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00946 vom 18. Oktober 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00946](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00946)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00946 du 18 octobre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00946 del 18 ottobre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1963 geborene X.\_\_\_\_, Speditionskaufmann mit Eid genössischem Fähigkeitszeugnis (Urk. 7/2, Urk. 7/79/46) und zuletzt bis Ende 2012 als Geschäftsführer bei der A.\_\_\_\_ AG tätig, hatte nach Lage der Akten im Jahre 2002 einen abweisenden Rentenentscheid der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, erwirkt (Urk. 7/1). Mit Datum vom 14. Januar 2013 meldete er sich unter Hinweis auf einen Unfall erneut bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die IV-Stelle tätigte medizinische und berufliche-erwerbliche Abklärungen und zog die Akten der Unfallversicherung bei (Urk. 7/8/1-165, Urk. 7/11/1-48, Urk. 7/29/1-215, Urk. 7/62/1-48, Urk. 7/68/1-4). Insbesondere veranlasste sie das polydisziplinäre (Orthopädie/Neurologie/Psychiatrie und Psychotherapie/Allgemeine Innere Medizin) Gutachten der B.\_\_\_\_ AG vom 23. März 2016 (Urk. 7/79/1-87; mit Ergänzungen vom 12. Mai 2016 und 11. Januar 2017, Urk. 7/89, Urk. 7/100). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/106, Urk. 7/113) sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 25. Juli 2017 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 52 % ab dem 1. Juli 2013 eine halbe unbefristete Rente zu (Urk. 2).

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Allgemeinen Teils 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**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V

49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 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 ausge wiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

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 für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) anderer seits

– 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 rein tenbegründenden 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).

### **E. 1.4**

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).

### **E. 1.5**

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. 1.6**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, 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 (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).

### **E. 1.7**

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 X.\_\_\_\_ am 12. September 2017 Beschwerde und beantragte, es sei ihm ab Juli 2013 eine ganze Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 23. Oktober 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 24. Oktober 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Mit Eingabe vom 29. Mai 2018 reichte der Beschwerdeführer das interdisziplinäre Gutachten des Zentrums C.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2018 zuhanden der Unfallversicherung zu den Akten (Urk. 9, Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer sei seit August 2010 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Aus medizinischer Sicht sei er in der zuletzt ausgeführten sowie jeder anderen angepassten Verweistätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. Aufgrund seines Alters sowie langjährigen Betriebszugehörigkeit sei dem Beschwerdeführer im Rahmen der Invaliditätsbemessung ein leistungsbedingter Abzug von 5 % zu gewähren. Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 52 %, womit der

Beschwerdeführer nach Ablauf der Anmeldefrist ab dem 1. Juli 2013 Anspruch auf eine halbe Rente habe (Urk. 2).

## E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, sein orthopädischer Leidensweg sei noch nicht zu Ende; aktuell bestehe ein hochgradiger Verdacht auf eine Lockerung der Schulterprothese verbunden mit massiven Schmerzen. An eine Arbeitsfähigkeit sei derzeit nicht zu denken. Zuzufolge seiner schlechten Verfassung werde denn auch mit einer Operation noch zugewartet. Die unerträglichen Schmerzen machten es ihm unmöglich, die bestehende Schmerzmittelabhängigkeit abzubauen. Die vom psychiatrischen Gutachter angenommene 50%ige Arbeitsfähigkeit sei unter Ausklammerung der aus dem Medikamentengebrauch resultierenden Beeinträchtigungen (psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen [ICD-10: F13.24]) bestimmt worden. Der Gutachter sowie die Beschwerdegegnerin hätten übersehen, aus welcher komplexeren Krankheitsgeschichte sich die Substanzabhängigkeit entwickelt habe; die Benzodiazepinsucht habe sich vor dem Hintergrund der Angststörung entwickelt. Der übrige Substanzgebrauch habe sich nach und nach und schergewichtig im Zusammenhang mit den sich seit 2007 häufenden orthopädischen Problemen entwickelt. Mithin handle es sich dabei um eine sekundäres Suchtgeschehen im Sinne eines Folgeschadens. Die anhaltende und komplexe Leidensgeschichte erkläre, weshalb der Beschwerdeführer bis dato nicht von den Medikamenten habe abkommen können. Diese seien nota bene seitens der behandelnden Ärzten verordnet worden, welche mit dem zeitweise hochsuizidalen Beschwerdeführer einen Weg hätten finden müssen, um irgendwie über die Runden zu kommen. Es sei gestützt auf den konsiliarpsychiatrischen Bericht von Dr. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt FMH für Rechtsmedizin und Oberarzt, Integrierte Psychiatrie E.\_\_\_\_, vom 10. Januar 2017 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Auch der Entzug des Führerausweises im September 2015 verdeutliche, dass keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe für anspruchsvolle Tätigkeiten. Im Übrigen schliesse das gutachterliche Belastungsprofil Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit aus. Damit sei es widersprüchlich, wenn dem Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten hochkomplexen Tätigkeit als Geschäftsführer prozentual die gleiche Arbeitsfähigkeit attestiert werde wie in einer idealangepassten Verweistätigkeit. Nach Einschätzung der Gutachter würde eine Reduktion der Auswirkungen der Medikamenteneinnahme nur zu einer marginalen Erhöhung der Arbeitsfähigkeit führen. Mithin stünde dem Beschwerdeführer auch dann eine 100%-Rente zu. Selbst bei Annahme einer 50%igen Arbeitsfähigkeit bestünde zuzufolge des hohen Valideneinkommens ein Anspruch auf eine ganze Rente. Die beschwerdegegnerische Annahme, wonach der gesundheitlich schwerst angeschlagene Beschwerdeführer, ein Invalideneinkommen von Fr. 74'000.-- erzielen könne, sei nicht haltbar. Gleichzeitig gab der Beschwerdeführer zu bedenken, es sei fragwürdig, ihm - vor Eintritt des Gesundheitsschadens in leitender Position tätig - den Abstieg in eine einfach(st)e Bürotätigkeit zuzumuten. Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör verletzt, indem sie sich mit den im Verfahrensverlauf neu eingereichten medizinischen Unterlagen inhaltlich nicht auseinandergesetzt habe (Urk. 1 S. 3 ff., Urk. 7/113) 3.

Im polydisziplinären Gutachten der B.\_\_\_\_ AG vom 23. März 2016 stellten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit 7/79/75): - Schmerzhaftes

Bewegungseinschränkung der rechten Schulter; radiologisch Lockerungszeichen glenoidal bei Status nach zweizeitigem Prothesenwechsel mit Implantation einer neuen Schulterendoprothese am 29.09.2014, Status nach inverser Schulter-Totalendoprothese 24.04.2013 und Status nach dorsaler Luxationsfraktur Humerus am 17.08.2010 - Belastungsabhängige Schmerzen der linken Schulter bei Status nach Schulterarthroskopie, Metallentfernung, Acromioplastik und AC Resektion 2007, Status nach offener Reposition und Refixation Tuberculum minus 2007, Status nach Humerusluxationsfraktur links am 28.03.2007 - Lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach BWK

XII und LWK II Fraktur 1992 bzw. 2015 und massigen degenerativen Veränderungen - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode - Generalisierte Angststörung - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - Rezidivierende, vermutlich akut-symptomatische epileptische Anfälle 2007, 2010 und 2013; Differenzialdiagnose Epilepsie

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie folgende Diagnosen fest (Urk. 7/79/75 f.): - Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen, gegenwärtiger Substanzgebrauch (aktive Abhängigkeit) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Verdacht auf schädlichen Gebrauch - Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen und ängstlich selbstunsicher vermeidenden Anteilen - Diabetes mellitus (ED 2009), insulinpflichtig - Status nach rezidivierender Pankreatitis - Arterielle Hypertonie - Sekundärer Testosteronmangel; ED 2010 Testosteronbehandlung 2010

#### **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. 13**

sei es zu einer Re-Operation resp. inversen Schulter-Totalprothese gekommen. Zuzufolge Prothesenlockerung sowie Nachweis eines Infektes sei die Prothese 2014 schliesslich gewechselt worden. Körperlich stünden die rechtsseitigen Schulterbeschwerden im Vordergrund. Seit der letzten Schulteroperation rechts 2014 sei eine Verschlimmerung eingetreten. So sei er auch hinsichtlich Bürotätigkeiten

zeitlich und kräftemässig erheblich eingeschränkt. Schwer hebende Tätigkeiten könne er gar nicht durchführen. Aufgrund der Einschränkung in der rechten Schulter habe er sich ein wenig umgewöhnt und würde er beispielsweise Zähne putzen und sonstige hebende Tätigkeiten mit dem linken Arm ausführen. Dies, obwohl er an sich Rechtshänder sei. Sodann bestünden aufgrund des Skiunfalls 1992 belastungsabhängige LWS Beschwerden. Rein körperlich könne er sich eine leichte Bürotätigkeit im Umfang von täglich drei bis vier Stunden mit längeren Pausen vorstellen (Urk. 7/79/47 f., Urk. 7/79/75).

Klinisch-orthopädisch ergaben sich

im Wesentlichen eine deutliche Einziehung der Narben im Bereich der Schulter rechts, eine deutliche Minderung der Deltoidemusculatur, eine erheblich schmerzhaft e Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks, eine verminderte Kraftentwicklung (schmerzbedingt) bei rechtsseitiger Armbeugung und -Streckung (Biceps, Trizeps), erhebliche Druck- und Klopfschmerzen sowie schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der LWS im Bereich des thorakolumbalen Übergangs. Aufgrund entsprechender Röntgenaufnahmen vom Februar 2016 sei im Bereich der rechten Schulter von einer Prothesenlockerung auszugehen. Zusätzlich zeige sich eine Verkalkung der periartikulären Weichteile. Betreffend die LWS notierte der orthopädische Gutachter eine linkskonvexe Skoliose mit angedeutetem Beckenschiefstand (Hochstand rechts). Aus orthopädischer Sicht seien wegen der Beeinträchtigungen seitens des rechten Armes bzw. der rechten Schulter (gering linksseitig) und wegen der Belastungsminderung im Bereich der LWS keine körperlich schweren oder mittelschweren Tätigkeiten zumutbar. Leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten, ohne Heben schwerer Gegenstände seien dem Beschwerdeführer bei der Notwendigkeit vermehrter Pausen indes zu 60 % möglich (Urk. 7/79/50 ff., 7/79/79).

Der neurologische Gutachter notierte, 2007, 2010 und 2013 sei es zu seriellen epileptischen Anfällen gekommen. Diese seien bisher als provoziert gedeutet worden. Bei dem beschriebenen Auftreten bei Substanzentzug (Alkohol, Opiate, Benzodiazepine) könne es sich tatsächlich um akut symptomatische Anfälle handeln. Die Elektroenzephalografie (EEG) und zerebrale Bildgebung aus dem Jahre 2007 hätten unauffällige Befunde gezeigt. Dennoch sei eine antikonvulsive Therapie mit Lamotrigin aufgenommen worden. Seit 2013 sei der Beschwerdeführer damit anfallsfrei und diesbezüglich quantitativ unbeeinträchtigt in seiner Arbeitsfähigkeit. Sodann bestehe eine schmerzhafte Pseudoparalyse der rechten Schulter. Neurologischerseits hätten sich indes keine Hinweise für eine Plexopathie oder Radikulopathie ergeben. Aus neurologischer Sicht würden sich damit insgesamt lediglich qualitative Einschränkungen ergeben; der Beschwerdeführer sollte aufgrund des teils iatrogen bedingten Substanzkonsums von Opiaten und Benzodiazepinen und unter Berücksichtigung eines erhöhten Risikos für erneute epileptische Anfälle bei Dosisunregelmäßigkeiten nicht in sturzgefährlichen Bereichen arbeiten. Nacht- und Schichtarbeiten seien ebenfalls zu vermeiden, um epileptische Anfälle nicht zu begünstigen. Eine wie bisher durchgeführte Schreibtisch Tätigkeit sei jedoch problemlos (Urk. 7/79/64, Urk. 7/79/80).

Gegenüber den Gutachtern gab der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit der Anamnese an, bereits seit 30 Jahren leide er unter einer Angstsymptomatik und habe auch rezidivierende depressive Phasen gehabt. Eigentlich habe er schon seit der Lehre mit psychischen Problemen zu kämpfen. Seit 30-40 Jahren werde er psychopharmakotherapeutisch behandelt mit Benzodiazepin und Xanax. Im Jahre

2005 sei er aufgrund eines psychophysischen Erschöpfungssyndroms hospitalisiert worden. Die Angst- und Spannungsgefühle seien seit dem zweiten Unfall 2010 infolge der Komplikationen und des langwierigen Krankheitsverlaufs besonders stark geworden. Zudem habe ihm die Kündigung des langjährigen Arbeitsplatzes per Ende 2012 sehr zu schaffen gemacht. Er habe kein Selbstwertgefühl mehr, habe ständig Ängste und sei verzweifelt. Die Stimmung sei dauerhaft im Keller und der Antrieb vermindert. Aktuell sei er etwa alle ein bis zwei Wochen in psychotherapeutischer Behandlung und fühle er sich

aufgrund seiner psychischen Leiden nicht mehr arbeitsfähig (Urk. 7/79/47, Urk. 7/79/49, Urk. 7/79/53).

In objektiver Hinsicht notierte der psychiatrische Gutachter eine bedrückte Grundstimmung, eine leichte Einschränkung der Modulationsfähigkeit, eine leichte Antriebsminderung sowie eine zeitweilig etwas angespannte Psychomotorik. Zudem bestünden eine leichte Verminderung der emotionalen Belastbarkeit sowie Stress- und Frustrationstoleranz, pathologische Ängste in Form von vermehrten Gesundheits Sorgen, Selbstunsicherheit sowie soziale Ängste durch die als kränkend erlebte Kündigung. Aus Sicht des Beschwerdeführers sei ihm plötzlich und ungerechtfertigt fristlos gekündigt worden. Dadurch sei es teilweise zu einem sozialen Rückzug und in beruflicher Hinsicht zu Versagensängsten gekommen. Es hätten sich Hinweise ergeben auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit anankastischen und selbstunsicher-vermeidenden Anteilen, welche zu leichten Defiziten in den sozialen Kompetenzen, insbesondere betreffend die Interaktions- und Konfliktfähigkeit sowie das Abgrenzungsvermögen führten. Schliesslich sei – entgegen dem Dafürhalten des behandelnden Psychiaters - ein langjähriger, dysfunktionaler und iatrogener Benzodiazepin- sowie Schmerzmittelgebrauch (Oxycodon) nicht von der Hand zu weisen. Wie so häufig bei Angststörungen spielten hier iatrogene und patientenbezogene Faktoren ungünstig zusammen; der Patient wünsche sich eine schnelle, kurzfristige Besserung und der Arzt möchte seinem Patienten kurzfristig helfen. Gleichzeitig spüre letzterer Widerstände für langfristig besser tragfähige Lösungen, das heisse für Medikamente ohne Abhängigkeitspotenzial. Inwieweit Opiate weiterhin zur Analgesie überhaupt erforderlich seien, sei von den somatischen Kollegen zu beurteilen.

Die vorliegende psychische Symptomatik sei grundsätzlich behandelbar. Auch sei eine adäquate medikamentöse Einstellung zumutbar. Allerdings sei es bis dato nicht gelungen, den Beschwerdeführer zu einer adäquaten und ausreichend intensiven Behandlung im stationären Setting zu motivieren. Demgegenüber sei eine ambulante Behandlung angesichts der dramatischen Schilderung und Beschreibung durch den behandelnden Psychiater nicht ausreichend; eine latente Suizidalität sei sicherlich ein Indikationskriterium zur Einleitung einer stationären Therapie. Sodann zeige der Beschwerdeführer eine eingeschränkte Krankheitseinsicht betreffend die Suchtproblematik, was auch vom behandelnden Psychiater unterhalten werde. Auch sehe der Beschwerdeführer psychogene Komponenten der Schmerzsymptomatik nicht ein. Weiter sei fraglich, ob eine adäquate Psychotherapie unter der bisherigen psychopharmakotherapeutischen Sedierung überhaupt möglich gewesen sei. Im Übrigen sei die Dosis des seit drei Jahren eingenommenen Antidepressivums Escitalopram nicht angepasst resp. erhöht worden. Letzteres ungeachtet dessen, dass sich die depressive Symptomatik nach Auffassung des behandelnden Psychiaters nicht verbessert habe. Auch das Antidepressivum Amitriptylin sei zu niedrig dosiert. Eine stationäre Behandlung sei auch mit Blick auf die langjährige Schmerzmittelabhängigkeit angezeigt. Dies um zumindest eine schrittweise Reduktion in Angriff zu nehmen. In jedem Fall sei eine multidisziplinäre Optimierung der verordneten Medikamente erforderlich. Primär bedürfe es indes einer ausreichenden Motivation des Beschwerdeführers zur Suchtmittelabstinenz. Im Zusammenhang mit der rechtsprechungsgemäss vorzunehmenden Ressourcenprüfung wies der psychiatrische Gutachter schliesslich auf die vorhandenen Ressourcen

des Beschwerdeführers, das Vorliegen IV fremder Belastungsfaktoren (eigenwilliges Krankheitskonzept mit Negierung der Suchtproblematik, berufliche Versagensängste

infolge Kränkung nach Verlust des langjährigen Arbeitsplatzes, inzwischen eher geringer beruflicher Ehrgeiz, Entschädigungs- und Rentenwunsch, ein vor dem Hintergrund einer deutlichen Selbstlimitierung aufgebautes dysfunktionales Hilfesystem) sowie deutliche Tendenzen zu Aggravation hin (Urk. 7/79/55 ff.).

Im Rahmen der polydisziplinären Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, der Beschwerdeführer sei für die zuletzt ausgeführte

sowie für jede andere leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten, ohne körperlich hebende Tätigkeiten (rechts bis 5 kg, links bis 10 kg), ohne

kauernde Tätigkeiten, ohne hockende Tätigkeiten, ohne häufig bückende Tätigkeiten, ohne Tätigkeiten über der Horizontalen, ohne Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, Stress- und Frustrationsbelastbarkeit, ohne Tätigkeiten in sturzgefährlichen Bereichen, ohne Nacht- und Schichtarbeit und mit der Möglichkeit häufiger Pausen bei einer Arbeitsdauer von maximal 45 bis 50 Minuten am Stück zu 50 % arbeitsfähig. Dies gelte ab Dezember 2012 (Aufgabe der bisherigen Tätigkeit) für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit resp. ab Juni 2013 (Austritt aus der Klinik F.\_\_\_\_) hinsichtlich einer adaptierten Verweistätigkeit. Von einer Intensivierung der Therapie inkl. Optimierung der Psychopharmakotherapie sei eine Verbesserung und Steigerung der Arbeitsfähigkeit um 10 % zu erwarten (Urk. 7/79/81 f.). 4.

#### 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten vom 23. März 2016 erging in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten, den geklagten Beschwerden sowie gestützt auf die klinischen Untersuchungen vom 22., 23. und 24. Februar 2016. Die Gutachter haben ihre Diagnosen und Schlussfolgerungen ausführlich und differenziert begründet, zu den Beurteilungen in den Vorakten einlässlich Stellung bezogen (Urk. 7/79/57 f., Urk. 7/79/64, Urk. 7/79/67, Urk. 7/79/73 ff.) und – soweit Diskrepanzen bestanden – ihre abweichende Einschätzung plausibel begründet. Mithin genügt das Gutachten den an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage gestellten Anforderungen (vgl. E. 1.7). 4.2

Gegen die in somatischer Hinsicht gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit hat der Beschwerdeführer nicht explizit Einwände erhoben. Einzig hat er unter Hinweis auf die im Bericht des Kantonsspitals G.\_\_\_\_ vom 8. August 2017 (Urk. 3/4) festgehaltene Prothesenlockerung geltend gemacht, seine orthopädische Leidensgeschichte sei noch nicht zu Ende. Dies steht indes nicht im Widerspruch zu den gutachterlichen Feststellungen. Mithin wurde den orthopädischen Leiden des Beschwerdeführers sowohl qualitativ als quantitativ Rechnung getragen (Urk. 7/79/79). Insbesondere war die Prothesenlockerung aufgrund der bildgebenden Vorakten (Röntgenbefund vom 23. Februar 2016) bereits im Zeitpunkt der Begutachtung ersichtlich und wurde diese seitens des orthopädischen Gutachters im Rahmen seiner Beurteilung berücksichtigt (Urk. 7/79/51, vgl. auch Diagnoseliste mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, Urk. 7/79/75). Der Vollständigkeit halber bleibt darauf hinzuweisen, dass eine vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit zufolge operativer Sanierung der Prothesenlockerung mangels Dauerhaftigkeit nichts an der gutachterlich festgestellten Restarbeitsfähigkeit zu ändern vermöchte. 4.3

Strittig und zu prüfen bleiben die Auswirkungen der psychischen Leiden auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, welche auch unter juristischen Gesichtspunkten zu beurteilen sind (vgl. E. 1.3 f.). 4.3.1

Zunächst trifft es zwar zu, dass der psychiatrische Gutachter die medikamenten bedingten psychischen und Verhaltensstörungen unter den Titel «Diagnosen ohne wesentliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit» aufgeführt hat (Urk. 7/79/62, vgl. auch Urk. 7/79/75), gleichwohl hat er deren (sedierenden, vgl. Urk. 3/5 S. 6) Auswirkungen im Rahmen seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung einerseits qualitativ Rechnung getragen, indem er Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer sowie Stress- und Frustrationstoleranz aus dem zumutbaren Belastungsprofil ausschloss (Urk. 7/79/63, Urk. 7/79/81). Andererseits wurde dem Beschwerdeführer in quantitativer Hinsicht lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert, was sich mit einer allfälligen opiatbedingten Verlangsamung und Ermüdung (vgl. auch neuropsychologischer Untersuchungsbericht vom 18. Juli 2016, Urk. 7/93/9) ohne Weiteres vereinbaren lässt. Inwiefern der Beschwerdeführer darüber hinaus opiatbedingt in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein soll, hat er weder konkretisiert noch ist dies aufgrund der vorliegenden Akten einsichtig (vgl. etwa Urk. 7/93/9, wonach die Auswirkungen der zentralwirksamen Medikamente auf die kognitive Leistungsfähigkeit nicht gravierend seien). Vielmehr hat der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die gutachterlichen Feststellungen selbst hervorgehoben, dass eine Verringerung der Medikamenteneinnahme nur zu einer marginalen Erhöhung der Arbeitsfähigkeit führen würde (Urk. 1 S. 7). Schliesslich hat er auch eingeräumt, dass die seit dem Jugendalter bestehende Benzodiazepinabhängigkeit einer erfolgreichen beruflichen Laufbahn nicht im Wege gestanden hatte (vgl. Einwandbegründung vom 13. April 2017, Urk. 7/113/2, auf welche sich der Beschwerdeführer beschwerdeweise berief, vgl. Urk. 1 S. 4). Der Vollständigkeit halber bleibt in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass der Entzug des Führerausweises mit Wirkung ab 16. Juni 2014 Ergebnis eines Mischkonsums von Alkohol und Medikamenten war; gemäss Rapport der diensthabenden Verkehrspolizei wies die Blutalkoholkonzentration des Beschwerdeführers anlässlich des dem Entzug zugrundeliegenden Verkehrsunfalls mindestens 1.1 Promille auf (Urk. 3/6). Ganz abgesehen davon leuchtet nicht ein, inwiefern der Fahrausweisentzug das gutachterlich festgestellte Tätigkeitsprofil tangieren, geschweige denn in Frage zu stellen vermöchte. 4.3.2

Sodann ist im Zusammenhang mit den rechtsprechungsgemäss zu prüfenden Standardindikatoren (vgl. E.1.4) zu vermerken, dass der psychiatrische Gutachter die Gedächtnisleistung, die kognitiven Fähigkeiten, die Kritik-, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie die Fähigkeit des Beschwerdeführers zur Selbstpflege als unvermindert beurteilte. Folgende arbeitsrelevanten Einzelfähigkeiten taxierte er lediglich als etwas eingeschränkt: Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit sowie Gruppen- und Teamfähigkeit (Urk. 7/79/55, Urk. 7/79/60). Im neuropsychologischen Untersuchungsbericht vom 18. Juli 2016 sind ausserdem die kommunikativen Kompetenzen des Beschwerdeführers vermerkt (Urk. 7/93/9). Mit Blick auf die Berufsbiographie des Beschwerdeführers ist weiter festzuhalten, dass es ihm ungeachtet der seit dem Jugendalter vorbestehenden Angstsymptomatik und Benzodiazepinabhängigkeit gelungen ist, zum Geschäftsführer einer Speditionsfirma aufzusteigen und in dieser Position mehrere Jahre zu bestehen. Gleichzeitig litt er offenbar bereits 2009 an einer «bekannten Depression» (Urk. 7/79/7) – augenscheinlich ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Im Gegenteil ist dem Arbeitszeugnis der letzten Arbeitgeberin zu entnehmen, der kompetente, verständige Beschwerdeführer sei mit viel Engagement, Hartnäckigkeit, Ausdauer, Intuition und Kreativität an seine Aufgaben herangegangen. Unter seiner Führungsverantwortung seien stets solide Ergebnisse an den Konzern abgeliefert worden.

Ausserdem wurden die Leistungen des Beschwerdeführers bei der Schaffung eines leistungsstarken Teams sowie seine zwischen menschlichen Fähigkeiten besonders hervorgehoben. Die Auflösung des Arbeitsverhältnisses seitens der Arbeitsgeberin erfolgte denn auch aus IV-fremden Gründen (Urk. 7/91/7 ff.). Im Rahmen der Konsistenzprüfung fällt sodann auf, dass der Beschwerdeführer die sich angesichts der geschilderten Symptomschwere auf drängenden und ärztlicherseits bereits Anfang 2014 empfohlenen Behandlungsmöglichkeiten (vgl. psychiatrisches Teilgutachten der Klinik H.\_\_\_\_ vom 8. Januar

2014 zuhanden der Unfallversicherung, Urk. 7/29/71) nicht in Anspruch genommen hat. Dazu passt die im Gutachten notierte eingeschränkte Krankheitseinsicht sowie fehlende Motivation des Beschwerdeführers zur Sucht mittelabstinenz und Aufnahme einer stationären Therapie (Urk. 7/79/59, vgl. auch

Urk. 7/29/64 f., Urk. 7/29/68 ; vgl. ausserdem Urk. 10 S. 76). Soweit eine stationäre Behandlung bisher an der phobischen Abwehr des Beschwerdeführers vor Spitälern gescheitert sein soll (vgl. Urk. 7/113/2), so ist dies bei Fehlen eines entsprechenden medizinischen Substrats unter invaliden versicherungsrechtlichen Gesichtspunkten unbeachtlich. Im Übrigen ist nicht einsichtig, weshalb eine Opioidrotation zu Gunsten nicht suchterzeugender, langwirkenden Opioiden – jeden falls bis dato der Begutachtung – nicht an Hand genommen wurde. Bereits im psychiatrischen Teilgutachten der Klinik H.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2014 wurde ausdrücklich festgehalten, der psychopathologische Status sei schlüssig auf die Fehlmedikation zurückzuführen und damit ausreichend erklärt (Urk. 7/29/71). Alsdann geht der Beschwerdeführer einem weitestgehend geordneten Tagesablauf mit ausserhäuslichen Tätigkeiten (Spazieren) sowie Tätigkeiten mit Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit nach (Zeitung lesen, sich informieren über die Nachrichten, Fernsehen, Zahlungen veranlassen am Computer, Urk. 7/79/46, Urk. 7/79/53, Urk. 7/79/67, vgl. auch

Urk. 7/93/5, wonach der Beschwerdeführer subjektiv Konzentrationsschwierigkeiten verneinte, so auch beim Zeitung lesen). In sozialer Hinsicht ist zu vermerken, dass der Beschwerdeführer in einer stabilen, tragenden Beziehung lebt (Urk. 7/79/57, wonach der Beschwerdeführer seit vielen Jahre mit seiner Frau verheiratet ist und sich durch sie bei seinen verschiedenen Erkrankungen, Problemen und Schwierigkeiten gut unterstützt fühlt; vgl. auch Urk. 10 S. 75). Kommt bei den gutachterlichen Hinweisen auf eine ganze Reihe gewichtiger IV-fremder Belastungsfaktoren sowie deutliche Aggravationstendenzen (Urk. 7/79/58 ff., Urk. 7/79/63, vgl. auch die Hinweise auf eine hohe psychosoziale Belastung sowie die massiven, unverarbeiteten Kränkungsgefühle zufolge Kündigung im Bericht des Kantonsspitals I.\_\_\_\_ vom 11. Oktober 2016, im psychiatrischen Konsilium von Dr. D.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2017 und im Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2018, Urk. 7/96/3 f., Urk. 3/5 S. 3, Urk. 10 S. 75) schliesslich hinzu, dass die psychiatrische Symptomatik und deren Bewältigung massgeblich durch invaliditätsfremde Faktoren verursacht resp. behindert wird, wofür die Invalidenversicherung prinzipiell nicht einzustehen hat. Bei alledem gibt die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers keinerlei Anlass zur richterlichen Korrektur.

#### 4.3.3

Daran vermag auch das beschwerdeweise eingereichte psychiatrische Konsilium von Dr. D.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2017 (Urk. 3/5) nichts zu ändern. Zunächst lässt die darin

postulierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit eine nachvollziehbare, stichhaltige Begründung vermissen. Alsdann erging die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. D.\_\_\_\_

ohne einlässliche Auseinandersetzung mit den rechtsprechungsge mäss anzuwendenden Standardindikatoren (E. 1.3 f.).

Demgegenüber kann die ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht

erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt (BGE 140 V 193). Soweit die Einschätzung des Gutachters von jener der behandelnden Ärzte abweicht (vgl. etwa Urk. 7/112), ist auf die prinzipielle Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag hinzuweisen, wonach es nicht Sache des behandelnden Arztes sein kann, in umstrittenen Fällen verbindlich zur Arbeitsunfähigkeit Stellung zu nehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Mai 2011, 9C\_152/2011). Auf die Beurteilung der klinischen Neuropsychologin J.\_\_\_\_, welche mit Bericht vom 18. Juli 2016 ebenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Urk. 7/93/10 f.), kann im Übrigen schon deshalb nicht allein abgestellt werden, weil sie keine (psychiatrische) Fachärztin und die Arbeitsfähigkeit nach der Rechtsprechung auf der Grundlage von fachmedizinischen Stellungnahmen zu beurteilen ist (vgl. BGE 130 V 99 E. 3.2 mit Hinweisen). Ganz abgesehen davon ist ihre Beurteilung

in Anbetracht der als leicht - bis mittelgradig taxierten Beeinträchtigungen nicht nachvollziehbar (Urk. 7/93/8).

#### 4.3.4

Mit Bezug auf das Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2018 zuhanden der Unfallversicherung ist zunächst festzuhalten, dass sich betreffend die gestellten Diagnosen und erhobenen Befunde keine wesentlichen ärztlichen Differenzen ergeben (vgl. Urk. 10 S. 65, S.75). Bei der Ansprache von Persönlichkeitsfaktoren bei Hinweisen auf eine Persönlichkeitsstörung verweigerte der Beschwerdeführer die Mitwirkung (Urk. 10 S. 65). Sodann bestand der Gutachtensauftrag darin, allfällige unfallbedingte, somatische Restbeschwerden zu eruieren und gegebenenfalls von allfälligen unfallfremden, psychischen Problemen abzugrenzen (vgl. Urk. 10 S. 2). Mithin stand die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der festgestellten psychischen Leiden nicht im Vordergrund. Entsprechend fällt letztere mit lediglich zwei konkret zur Arbeitsfähigkeit formulierten Sätzen (Urk. 76 und S. 98) derart knapp aus, dass sie nicht als hinreichend begründet betrachtet werden kann. Gleichzeitig vermögen weder die erhobenen Befunde (Urk. 10 S. 64) noch die beschriebenen opiatbedingten, allgemeinen Funktionsstörungen das Ausmass der postulierten Arbeitsunfähigkeit zu plausibilisieren. Kommt hinzu, dass es der Einschätzung des psychiatrischen C.\_\_\_\_-Gutachters sowohl an einer einlässlichen, differenzierten Auseinandersetzung mit der abweichenden Beurteilung des psychiatrischen Gutachters der B.\_\_\_\_ AG als auch mit den normativen Vorgaben (E. 1.3 ff.) fehlt. Dabei bleibt insbesondere fraglich, ob und inwieweit der begutachtende C.\_\_\_\_-Psychiater IV-fremde Faktoren in seine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung hat miteinfließen lassen. Jedenfalls hat er - korrelierend mit den Feststellungen des psychiatrischen Gutachters der B.\_\_\_\_ AG (vgl. E. 3) - festgehalten, ein Medikamentenentzug im stationären Rahmen führe zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 10 S. 76). Konkret sei im Abschluss daran eine

50%ige Arbeitsfähigkeit zu erwarten (Urk. 10 S. 99). 4.3.5

Im vom Beschwerdeführer zitierten Entscheid 8C\_663/2017 vom 12. Dezember 2017 (Urk. 9) hielt das Bundesgericht lediglich fest, eine iatrogene Opiatabhängigkeit sei als invalidenversicherungsrechtlich relevant zu betrachten (E. 5). Da mit ist indes nicht gesagt, dass bei Vorliegen einer solchen gleichzeitig eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen wäre. Erwähnenswert ist im Übrigen, dass das Bundesgericht im genannten Entscheid, welchem eine Renten aufhebung im Zuge einer ordentlichen Revision zugrunde lag, festhielt, soweit sich der Versicherte – wie vorliegend – im Kontext seiner Medikamentensucht weigere, sich der in seinem eigenen Interesse liegenden Behandlung zu unterziehen, so komme (nach rechtskonform durchgeführten Mahn- und Bedenkzeitverfahren) allenfalls eine Sistierung der Rente in Frage (E. 5.1). 4.3.6

Dass dem Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit dieselbe Arbeitsfähigkeit attestiert wurde wie hinsichtlich einer adaptierten Verweistätigkeit, begründete der psychiatrische Gutachter mit der langjährigen Berufserfahrung des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit (Urk. 7/79/63). Damit hat er seine Einschätzung vertretbar begründet. Unter Hinweis auf die bisherigen Erwägungen, die Berufsbiographie und die langjährige Berufserfahrung sowie das umfassende Branchen- und Fachwissen des Beschwerdeführers (vgl. Arbeitszeugnis, Urk. 7/91/8) ergibt sich daraus – entgegen dem Beschwerdeführer (Urk. 1 S. 6) – jedenfalls kein Widerspruch, geschweige denn Anlass, die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung in Zweifel zu ziehen. 4.3.7

Schliesslich steht die Darstellung des Beschwerdeführers, wonach sich die Beschwerdegegnerin im Verfahrensverlauf nicht mit den neu eingereichten Unterlagen auseinandergesetzt habe (Urk. 1 S. 7), im Widerspruch zu den Einträgen in den Feststellungsblättern (Urk. 7/7/104/13 ff., Urk. 7/118). Insbesondere hat die Beschwerdegegnerin in Würdigung der neu eingereichten Unterlagen eine ergänzende Stellungnahme seitens der Gutachter veranlasst (vgl. Antwortschreiben vom 11. Januar 2017, Urk. 7/100).

Sodann hat sie die angefochtene Verfügung vom 27. Juli 2017 begründet und ist im Rahmen ihrer Erwägungen erneut auf die Einwände des Beschwerdeführers eingegangen (Urk. 2).

Schliesslich

vermochte der Beschwerdeführer den Entscheid sachgerecht anzufechten und konnte er sein Anliegen vor einer Beschwerdeinstanz, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüft, vortragen (vgl. BGE 127 V 431 E. 3d/aa S. 437). 4.3.8

Zusammenfassend ist gestützt auf das Gutachten der B.\_\_\_\_ AG vom 23. März 2016 mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass es dem Beschwerdeführer

je denfalls seit Juni 2013

zuzumuten war, einer – näher umschriebenen (vgl. E. 3 in fine) – Verweistätigkeit im Umfang

von 50 % nachzugehen. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in retrospektiver Hinsicht, namentlich zu seiner Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit im Zeitraum vor Ende 2012 äusserten sich die Gutachter nicht resp. nur vage (vgl. ergänzende Ausführungen

vom 12. Mai 2016, Urk. 7/89). Es kann indes gestützt auf die übrige Aktenlage davon ausgegangen werden, dass aufgrund der Schulterproblematik jedenfalls ab Ende Dezember 2011 bis Ende Dezember 2012 ohne wesentliche Unterbrüche eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % bestand und der Beschwerdeführer nach Ablauf dieses Jahres zumindest 40 % invalid war (Urk. 7/8/21, Urk. 7/104/5, vgl. E. 1.5). 5. 5.1

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C\_131/2011 vom 5. Juli

2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a). 5.2

Der Beschwerdeführer hat seine letzte Arbeitsstelle aus leidensfremden Gründen verloren (vgl. Urk. 7/21/1, Urk. 7/91/9). Sodann hat er die ihm seit Juni 2013 verbliebende Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet. Da die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers einer angepassten Verweistätigkeit entspricht, erübrigt sich ein ziffernmässiger Einkommensvergleich auf der Basis von Tabellenwerten und kann eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen vorgenommen werden. Es resultiert ein Invaliditätsgrad von 50 %. Allfälligen lohnmindernden Faktoren wie erhöhtes Alter, langjährige Betriebszugehörigkeit resp. fehlende Berufserfahrung wären – soweit überhaupt invalidenversicherungsrechtlich relevant – sowohl beim hypothetischen Validen- als auch beim Invalideneinkommen im gleichen Masse Rechnung zu tragen, womit sich ein (behinderungsbedingt oder anderweitig begründeter) Abzug beim Prozentvergleich naturgemäss erübrigt.

Da auch der Beginn des Rentenanspruchs keinerlei Anlass zur gerichtlichen Korrektur gibt (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG) erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens und ist die Beschwerde entsprechend abzuweisen. 6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Keiser -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von  
Urk. 9 sowie einer Kopie von Urk. 10 - 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 Bundesge-  
setzes 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, zuzu-  
stellen.

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 Die Gerichtsschreiberin HurstHediger

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