

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00338 vom 20. November 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-11-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2006.00338](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00338)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00338 du 20 novembre 2007

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00338 del 20 novembre 2007

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin stützte sich bei der Abweisung des Rentenbegehrens auf das polydisziplinäre B.\_\_\_\_-Gutachten, wonach der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei, jedoch eine Leistungseinbusse von 30 % berücksichtigt werden müsse. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 36 Prozent (Urk. 2 S. 3).

2.2 Der Beschwerdeführer hingegen machte geltend, das B.\_\_\_\_-Gutachten leide an formellen Mängeln, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne. Es sei zudem kaum denkbar, dass sich sämtliche Ärzte, welche seit September 2004 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten, irren würden (Urk. 1/1 S. 4). Auch die Taggeldversicherung hätte zweifellos nicht 720 Tage lang das volle Taggeld erbracht, wenn sie von der Richtigkeit der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit nicht überzeugt gewesen wäre (Urk. 1/1 S. 5).

2.3 Strittig und zu präzisieren ist somit der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers.

### E. 3

3.1 Vom 16. bis 28. Juni 2004 war der Beschwerdeführer in der Medizinischen Klinik des Spitals C.\_\_\_\_ (C.\_\_\_\_), hospitalisiert. Dr. med. D.\_\_\_\_, Oberarzt Medizin, nannte im Austrittsbericht vom 30. Juni 2004 folgende Diagnosen (Urk. 14/13/5):

- Diabetes mellitus Typ 2
- seit 10 Jahren insulinpflichtig
- periphere Polyneuropathie, v.a. autonome Neuropathie
- anamnestisch chronische Abdominalbeschwerden
- koronare 2-Gefässerkrankung
- subtotaler distaler RCA-Verschluss, 95 % RIVA-Stenose
- Stentimplantation RIVA und RCA am 8. März 2004 (Plavix für 9 Monate)
- erhaltene LV-Funktion (EF 60 %)
- Kardiovaskuläre RF: Hypercholesterinämie, Adipositas, Diabetes mellitus
- chronische Lumbalgie

-Â Â Dysphagie bei chronischem Reflux und Reflux-Äsophagitis leichtgradiger erosiver Befund (Savary Miller Grad II), Gastroskopie Februar 2004

-Â Â mittelschwere Depression mit Somatisierungstendenz

Â Â Â Â Â Â Â Â Bei Eintritt habe sich ein psychisch angeschlagener Patient in leicht reduziertem Allgemeinzustand gezeigt. Trotz der letzten Hospitalisation einen Monat zuvor und der Rehabilitation in E.\_\_\_\_ habe sich keine Besserung der Beschwerden gezeigt (Urk. 14/13/5). Die Ätiologische Zuordnung der psychischen Symptomatik kÄ¶nne zum gegenwÄrtigen Zeitpunkt angesichts der Stoffwechsellage nicht abschliessend geklärt werden. Es werde deshalb eine Neu Beurteilung im Rahmen eines gut eingestellten Diabetes sowie eine neurologische AbklÄrung empfohlen (Urk. 14/13/6-7).

3.2Â Â Â Â Dr. med. F.\_\_\_\_, Assistenzarzt, und Dr. med. G.\_\_\_\_, OberÄrztin, Klinik H.\_\_\_\_ AG, Zentrum I.\_\_\_\_ (I.\_\_\_\_), diagnostizierten aufgrund einer konsiliarischen einmaligen Untersuchung in ihrem Bericht vom 26. Juli 2004 eine leichtgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, differentialdiagnostisch eine organische depressive StÄ¶rung bei seit 1994 bekanntem insulinpflichtigen Diabetes mellitus (Urk. 14/6/5 lit. A). Im MÄrz 2004 seien erstmals ein thorakales EngegefÄhl und unspezifische Herzsensationen aufgetreten, worauf eine koronare Herzkrankheit und Stenteinlagen diagnostiziert worden seien. Im Rahmen einer dreiwÄchigen Rehabilitation sei zudem eine depressive StÄ¶rung festgestellt worden (Urk. 14/6/6 lit. D.3). Zum Ausschluss einer organischen Ätiologie sei eine gute Diabeteseinstellung sowie die Anmeldung zur ambulant-psychiatrischen Nachbetreuung empfohlen worden. Dies sei bis anhin nicht geschehen, weshalb eine genaue Beurteilung der ArbeitsfÄhigkeit nicht vorgenommen werden kÄ¶nne (Urk. 14/6/7).

3.3Â Â Â Â In seinem Bericht vom 20. August 2004 nannte Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberarzt Medizin, Medizinische Klinik, C.\_\_\_\_, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die ArbeitsfÄhigkeit:

-Â Â Diabetes mellitus Typ II (1984), seit 10 Jahren insulinpflichtig mit

-Â Â peripherer Polyneuropathie, Verdacht auf autonome Neuropathie

-Â Â chronische Lumbalgie

-Â Â mittelschwere Depression mit Somatisierungstendenz

Â Â Â Â Â Â Â Â Als ohne Auswirkung auf die ArbeitsfÄhigkeit diagnostizierte Dr. J.\_\_\_\_ sodann eine koronare 2-GefÄsserkrankung (Urk. 14/11/5 lit. A). FÄr die zuletzt ausgeÄbte TÄtigkeit bestehe eine volle ArbeitsunfÄhigkeit seit 29. April 2004 (Urk. 14/11/5 lit. B). Insgesamt sei seines Erachtens die depressive Tendenz im Mittelpunkt der geklagten MÄdigkeit und Adynamie. Die Blutzuckereinstellung gestalte sich in Anbetracht des Teufelskreises und der reduzierten AktivitÄt als schwierig. Der Versuch der Aktivierung im Rahmen eines Rehabilitationsaufenthaltes habe ebenfalls keine Verbesserung des Allgemeinzustandes gebracht und auch die medikamentÄsse UnterstÄtzung der depressiven Tendenz sei ohne Durchbruch geblieben. In Anbetracht der aktuell doch stabileren Blutzuckerwerte werde eine psychiatrische Neu Beurteilung im I.\_\_\_\_ eingeleitet. Zur Stabilisierung der verschiedenen Beschwerden bleibe die psychiatrische StÄtzung zentral, ohne eine diesbezÄgliche Besserung mÄsse von einer weiteren Verschlechterung des Gesamtzustandes ausgegangen werden (Urk. 14/11/6 Ziff. 6). Bei der stationÄren psychischen Situation sei eine Umschulung nicht

erfolgsversprechend (Urk. 14/11/4).

3.4 Am 27. August 2004 nannten Dr. med. K.\_\_\_\_, Leitender Arzt, und Dr. med. L.\_\_\_\_, Assistenzarzt, Kardiologie, Stadtspital M.\_\_\_\_, folgende Diagnosen (Urk. 3/5 S. 1):

- Ausgeprägte Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit und Gewichtszunahme  
(Differentialdiagnose: Depression, chronic fatigue syndrome)

- Diabetes mellitus Typ 2

- Koronare 2-Gefässkrankung

- Status nach PTCA/RCA/RIVA März 2004

- erhaltene linksventrikuläre Funktion, unauffällige Stressechokardiographie  
März 2004

- chronische Rückenschmerzen

- Refluxoesophagitis

Bezüglich der koronaren Herzkrankheit sei der Verlauf gut. Als Hauptsymptomatik finde sich die ausgeprägte Adynamie, Lustlosigkeit und Gewichtszunahme. Die Behandlung der depressiven Komponente stehe im Vordergrund. Aufgrund des deutlich reduzierten Allgemeinzustandes des Beschwerdeführers bestehe vorderhand eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 3/5 S. 2). Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äusserten sich Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ nicht.

3.5 Die verantwortlichen Ärzte der Klinik für Radio-Onkologie und Nuklearmedizin des Stadtspitals M.\_\_\_\_ führten in ihrem Bericht vom 4. Oktober 2004 aus, bezüglich der koronaren Herzkrankheit zeige sich ein guter Verlauf (Urk. 14/13/10). Szintigraphisch ergebe sich keine relevante belastungsinduzierte Ischämie. Die linksventrikuläre Funktion sei normal, ohne Wandbewegungsstörungen. Aufgrund des fehlenden Ischämienachweises sei eine relevante, progrediente koronare Herzkrankheit ausgeschlossen (Urk. 14/13/10).

3.6 Die Hausärztin Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Innere Medizin, Rheumatologie und Rehabilitationsmedizin, nannte in ihrem Bericht vom 10. November 2004 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 14/13/3 lit. A.1):

- Diabetes mellitus II

- Polyneuropathie

- chronischer Durchfall

- Hypercholesterinämie

- arterielle Hypertonie

- metabolisches Syndrom

- koronare 2-Asterkrankung

- PTCA/Stenting RIVA, RCX

- postinterventionelle Beschwerden präcordial, nach Abklärungen unklar

- überdurchschnittliche Schwäche unklarer Ätiologie, Antriebslosigkeit

- Â Â einhergehend mit KÃ¶rpergewichtszunahme
- Â Â AbklÃ¤rungen unauffÃ¤llig
- Â Â chronische RÃ¼ckenbeschwerden
- Â Â Unfall 1986 und 1987: LWS Kontusion (damals Stellenwechsel)
- Â Â auffindbar degenerative VerÃ¤nderungen
- Â Â Somatisierungserkrankung mit depressiven ZÃ¼gen
- Â Â aktuell erneut in Behandlung
- Â Â diverse Beschwerden am Bewegungsapparat
- Â Â belastende familiÃ¤re, soziale Faktoren

Â Â Â Â Â Â Â Â Der BeschwerdefÃ¼hrer sei aktuell nicht arbeitsfÃ¤hig und eine Wiederaufnahme der bisherigen TÃ¤tigkeit sei aufgrund der Evidence nicht mehr zu erwarten. Sofern er auf die psychiatrische Therapie anspreche, sei auf lÃ¤ngere Sicht eine diskrete Steigerung mÃ¶glich, de facto sei seine Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt aber kaum verwertbar. Ein geeigneter Rahmen fÃ¼r eine angepasste TÃ¤tigkeit sei kaum auffindbar, gerne erwarte sie aber die VorschlÃ¤ge der Beschwerdegegnerin (Urk. 14/13/4 lit. D.7).

3.7Â Â Â Â Am 5. September 2005 nannte Dr. L.\_\_\_\_ folgende hier leicht gekÃ¼rzt angefÃ¼hrte Diagnosen (Urk. 14/22/1):

- Â Â koronare 3-GefÃ¤sserkrankung
- Â Â Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose 1991)
- Â Â insulinpflichtig seit 1993
- Â Â Depression
- Â Â muskulo-skelettale RÃ¼cken- und Thoraxschmerzen

Â Â Â Â Â Â Â Â In der kardiologischen AbklÃ¤rung habe kein Korrelat fÃ¼r die Thoraxschmerzen gefunden werden kÃ¶nnen. Die angegebene Beschwerdesymptomatik mit konstant auftretenden, lageabhÃ¤ngigen Thoraxschmerzen, welche das Liegen auf der Seite verunmÃ¶glichlichten, kÃ¶nnen keiner kardiologischen Ursache zugeordnet werden. Ebenso erscheine eine koronarischÃ¤mische Ãtiologie atypisch. Aufgrund der Anamnese sowie der klinischen Untersuchung seien die Beschwerden als muskulo-skelettal zu beurteilen (Urk. 14/22/2).

3.8Â Â Â Â Am 13. September 2005 wurde der BeschwerdefÃ¼hrer im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch das Institut B.\_\_\_\_ (B.\_\_\_\_) polydisziplinÃ¤r untersucht. Das Gutachten vom 11. November 2005 stÃ¼tzte sich auf die Anamnese, eigene Befunde, internistische, psychiatrische und rheumatologische Beurteilungen sowie die vorhandenen Akten (Urk. 14/24/1).

Â Â Â Â Â Â Â Â Im rheumatologischen Teilgutachten hielt Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH fÃ¼r Rheumatologie und Innere Medizin, fest, im Vordergrund stehe eine fortgeschrittene chronische SchmerzverarbeitungsstÃ¶rung, welche aufgrund der rheumatologisch-organisch fassbaren pathologischen Befunde nicht erklÃ¤rbar sei. Es sei mit einem weiteren Chronifizierungsprozess zu rechnen, so dass die Prognose bezÃ¼glich

Beschwerdelinderung wie auch bezüglich möglicher beruflicher Reintegration als ungünstig und schlecht zu bezeichnen sei (Urk. 14/24 S. 11 unten). Für eine geeignete, nicht schwer wirbelsäulenbelastende Tätigkeit ohne Heben und Ziehen von Lasten über 10 bis 15 kg, durchgeführt in Wechselbelastung, abwechslungsweise sitzend, stehend wie auch gehend sowie ohne überwiegende überkopftätigkeit bestehe weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 14/24 S. 12 Ziff. 4.1.5).

Dr. med. P. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im psychiatrischen Teilgutachten sodann aus, es müsse angenommen werden, dass der Beschwerdeführer eine massive Fehlentwicklung durchlaufen habe, als die kardiale Problematik bekannt geworden sei. Er habe vitale Fähigkeiten entwickelt, welche bis heute vorhanden seien. Im Rahmen dieser Umstände habe er mit einer depressiven Stimmung und massivem hypochondrischen Befürchtungen reagiert. Letztere seien tatsächlich überwindbar, der Beschwerdeführer lege jedoch ein ausgesprochenes Fehlverhalten an den Tag. Es bestehe eine übermäßige Schonung und eine Rückzugstendenz, wodurch er seinen Zustand unterhalte (Urk. 14/24 S. 15). Die depressive Stimmung erkläre eine verminderte Belastbarkeit, der Beschwerdeführer sei vermindert konzentrationsfähig und verlangsamt. Zudem benötige er einen erhöhten Pausenbedarf, so dass die Leistungsfähigkeit um etwa 30 % eingeschränkt sei (Urk. 14/24 S. 15 Ziff. 4.2.5).

Zusammenfassend nannte Dr. med. Q. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 14/24 S. 16 Ziff. 5.1):

- depressive Stimmung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode
- hypochondrische Fehlentwicklung
- zunehmende Somatisierungstendenz im Sinne einer fortgeschrittenen Schmerzverarbeitungsstörung
- koronare 3-Ast-Erkrankung
- Status nach PTCA/Stenting distale RCA, RIVA März 2004
- Status nach Re-PCI distale RCA Mai 2005
- kardiovaskuläre Risikofaktoren
- Diabetes mellitus Typ II
- weitere Facetten des Metabolischen Syndroms
- positive Familienanamnese
- Diabetes mellitus Typ II
- Erstdiagnose 1991
- insulinpflichtig seit 1993
- aktuell HbA1c-Wert von 9.3 % (Norm < 6.3)
- symmetrische periphere Polyneuropathie
- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links

- Â Â beginnende Spondylarthrosen L3 bis S1 sowie lumbale Spondylose
- Â Â WirbelsÃ¶ulenfehlform und Fehlhaltung sowie ausgeprÃ¶gte muskulÃ¶re Insuffizienz und Dysbalance vom BeckengÃ¶rteltyp
- Â Â allgemeine muskulÃ¶re Dekonditionierung
- Â Â Unspezifisches Schulter-Armsyndrom links
- Â Â mÃ¶gliches Impingement bei subacrominalem Enghnis bei Akrmion Typ Bigliani II, beginnende AC-Gelenksarthrose
- Â Â muskulÃ¶re Dysbalance vom Schulter-NackengÃ¶rteltyp

Â Â Â Â Â Â Â Â BezÃ¶glich der ArbeitsfÃ¶higkeit hielt Dr. Q. \_\_\_ fest, in der angestammten TÃ¶tigkeit kÃ¶nne eine volle ArbeitsunfÃ¶higkeit seit MÃ¶rz 2004 bestÃ¶tigt werden. KÃ¶rperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende TÃ¶tigkeiten hingegen seien dem BeschwerdefÃ¶hrer weiterhin ganztÃ¶gig zumutbar mit einer LeistungseinbuÃ¶e von maximal 30 % (Urk. 14/24 S. 19 Ziff. 6.9).

3.9Â Â Â Â Dr. med. R. \_\_\_ und Dr. med. T. \_\_\_, OrthopÃ¶die, UniversitÃ¶tsklinik U. \_\_\_, nannten nach einer Untersuchung am 23. Februar 2006 folgende Diagnosen (Urk. 8/3 S. 1):

- Â Â chronische Schulter- und pektorale Schmerzen links unklarer Genese seit 2004
- Â Â Arthro-MRI linke Schulter 25. August 2005 (auswÃ¶rts):  
Supraspinatus-Sehnen-Degeneration ansatznahe ohne Rissnachweis, Acromion Typ II
- Â Â koronare 2-GefÃ¶Ã¶erkrankung
- Â Â subtotaler distaler RCA-Verschluss, 95 % RIVA-Stenose
- Â Â Status nach zweimaliger PTCA 2004/2005
- Â Â Diabetes mellitus Typ 2
- Â Â insulinbedÃ¶rftig seit 1995
- Â Â periphere Polyneuropathie, Verdacht auf autonome Neuropathie
- Â Â anamnestisch chronische Abdominalbeschwerden
- Â Â chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
- Â Â oesophageale Refluxerkrankung
- Â Â depressive Episoden.

Â Â Â Â Â Â Â Â Therapeutisch komme am ehesten ein stationÃ¶rer Rehabilitationsversuch in Frage. Angesichts des schwierig zuzuordnenden Schmerzsyndroms sei eine regelmÃ¶ssige kardiologische Nachkontrolle wÃ¶nschenswert (Urk. 8/3 S. 2-3).

3.10Â Â Die vom Vertreter des BeschwerdefÃ¶hrers nach Abschluss des Schriftenwechsels eingereichten Arztberichte (Urk. 24-41) betreffen den Zeitraum nach Erlass des angefochtenen Einspracheentscheidens und sind damit fÃ¶r das vorliegende Verfahren nicht entscheiderelevant (vgl. ErwÃ¶gung 1.3).

#### **E. 4**

4.1. Das B. -Gutachten erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vgl. Erwägung 1.2) vollumfänglich, so dass darauf abgestellt werden kann. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers liegen auch keine formellen Mängel vor (Urk. 1 S. 4). Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zutreffend ausführte (Urk. 13 S. 2), ergibt sich aus dem Gutachten klar, dass die rheumatologische Beurteilung durch Dr. O. (Urk. 14/24 S. 7 Ziff. 4.1) und die psychiatrische Beurteilung durch Dr. P. (Urk. 14/24 S. 12 Ziff. 4.2) vorgenommen wurde. Dass sodann der zuständige Internist Dr. Q. für alle beteiligten Begutachter unterzeichnete (Urk. 14/24 S. 19), entspricht dem gängigen Vorgehen und hat nicht die Unverwertbarkeit des Gutachtens zur Folge.

Der Einwand des Beschwerdeführers, wonach im B. -Gutachten aktenwidrig festgestellt werde, es habe sich bisher lediglich die Hausärztin zur Arbeitsfähigkeit geäussert (Urk. 1 S. 3), ist grundsätzlich zutreffend. Aus der Auflistung der vorhandenen Akten ergibt sich jedoch, dass die Ärzte des B. über alle früheren Berichte verfügten (Urk. 14/24 S. 2-3 Ziff. 2.1). Es ist somit davon auszugehen, dass deren Inhalte im Wesentlichen auch berücksichtigt wurden, so dass diese Ungenauigkeit nicht die Unverwertbarkeit des Gutachtens zur Folge hat.

Insgesamt ist demnach gestützt auf das B. -Gutachten davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit seit 1. März 2004 nicht mehr arbeitsfähig ist, ihm jedoch körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne überwiegende Kopfarbeiten ganzjährig mit einer Leistungseinbusse von maximal 30 % weiterhin zumutbar sind.

Die Einschätzung im B. -Gutachten, wonach in der angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit besteht, ist unbestritten und wird auch durch die zahlreichen weiteren Arztberichte gestützt.

Hingegen liegen zur Frage der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit neben dem B. -Gutachten nur sehr wenige Angaben vor. Als einzige äusserte sich die Hausärztin Dr. N. ausdrücklich zu dieser Frage. Ihre Ausführungen, wonach ein geeigneter Rahmen für eine angepasste Tätigkeit kaum auffindbar sei und sie gerne diesbezügliche Vorschläge erwarte (Urk. 14/13/4 lit. D.7), sind jedoch zu wenig aussagekräftig, als dass darauf abgestellt werden könnte. Aus den vom Beschwerdeführer eingereichten Krankenkarten und ärztlichen Zeugnissen (Urk. 3/2, Urk. 3/4, Urk. 8/2) ergibt sich zwar, dass diesem eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Nachdem diese Angaben jedoch ohne Begründung erfolgten und zudem davon auszugehen ist, dass sie sich auf die angestammte Tätigkeit beziehen, sind diese Unterlagen für die Frage der Zumutbarkeit einer leidensangepassten Tätigkeit nicht ergiebig. In den restlichen Arztberichten (Urk. 3/5, Urk. 8/3, Urk. 14/6/5-7, Urk. 14/11/4-6, Urk. 14/13/5-7, Urk. 14/13/10, Urk. 14/22/1-2) wurden sodann keine Angaben dazu gemacht, welche Tätigkeiten dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Einschränkungen noch zumutbar sind. Insgesamt ergibt sich somit aus den Akten nichts, was der Beurteilung im B. -Gutachten entgegenstehen würde.

Der Einwand des Beschwerdeführers, wonach die Taggeldversicherung zweifellos nicht 720 Tage lang das volle Taggeld erbracht hätte, wäre sie nicht von der Richtigkeit der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit überzeugt gewesen (Urk. 1/1 S. 5), ist sodann aufgrund der unterschiedlichen Leistungsvoraussetzungen unbehelflich. Während

die Taggeldversicherung ausschliesslich auf die ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit abstellt, ist bei der Invalidenversicherung die Erwerbsunfähigkeit, also die Unmöglichkeit, eine leidensangepasste Arbeit auszuführen, das versicherte Risiko. Aus erbrachten Leistungen der Taggeldversicherung kann somit nichts für das vorliegende Verfahren bezüglich Invalidenrente abgeleitet werden.

4.4 Zusammenfassend ist gestützt auf das B.\_\_\_\_-Gutachten der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer seit 1. März 2004 in einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne überwiegende Überkopparbeiten ganzjährig arbeitsfähig ist, wobei mit einer Leistungseinbusse von maximal 30 % gerechnet werden muss.

## E. 5

5.1 Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkungen aufgrund eines Einkommensvergleiches.

5.2 Bei der Ermittlung des ohne invalidisierenden Gesundheitsschaden erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne den Gesundheitsschaden, aber sonst bei unveränderten Verhältnissen verdienen würde (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 Erw. 3b mit Hinweis).

Auszugehen ist dabei vom letzten Verdienst des Beschwerdeführers als Produktionsmitarbeiter bei der A.\_\_\_\_ AG. Im Jahre 2004 erzielte er ein Jahreseinkommen in der Höhe von Fr. 64'779.-- (Urk. 14/9 Ziff. 12). Unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung von 1.3 % für das Jahr 2005 (Die Volkswirtschaft, 6/2007, Tab. B10.2, lit. D) ist somit von einem Valideneinkommen in der Höhe von rund Fr. 65'621.-- (Fr. 64'779.-- x 1.013) auszugehen.

5.3 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. 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 Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,9 Stunden, seit 1999 von 41,8 Stunden, seit 2001 von 41,7 und seit 2004 von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 3-2007 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHJ 2000 S. 81 Erw. 2a).

Die Beschwerdegegnerin zog für die Ermittlung des Invalideneinkommens Tabellenlöhne bei und ging vom mittleren Lohn für Männer,

die einfache und repetitive Tätigkeiten ausführen (Zentralwert), aus (Urk. 14/29/6). Dieser belief sich im Jahre 2004 auf monatlich Fr. 4'588.- (LSE 2004, Bundesamt für Statistik, Neuenburg 2004, TA1, Total). Unter Berücksichtigung der Nominalloohnerhöhung von 1.0 % für das Jahr 2005 (Die Volkswirtschaft, 3/2007, Tab. B10.2, Total) und einer wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2005 von 41,6 Stunden, ergibt dies ein Einkommen für das Jahr 2005 von Fr. 4'819.20 pro Monat (Fr. 4'588.- x 1.01 : 40 x 41,6), mithin Fr. 57'830.40 pro Jahr (Fr. 4'819.20 x 12). Nachdem der Beschwerdeführer in seiner Leistungsfähigkeit zu maximal 30 % eingeschränkt ist, beträgt das Invalideneinkommen insgesamt rund Fr. 40'481.-- (Fr. 57'830.40 x 0.7). Dieses derart ermittelte Invalideneinkommen ist im Übrigen unbestritten.

5.4 Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellen ohne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen lohnmassig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. In BGE 126 V 75 ff. hat das Eidgenössische Versicherungsgericht die bisherige Praxis dahin gehend präzisiert, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellen ohne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufhaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängig ist. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 481 Erw. 4.2.3 mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin nahm keinen zusätzlichen Leidensabzug vor, weil die vorliegenden zusätzlichen gesundheitlichen Einschränkungen und deren Folgen in der 30%igen Leistungseinbusse gemäss ärztlichem O. achten bereits berücksichtigt seien und die genannten möglichen Tätigkeiten aufgrund der relativ breiten beruflichen Erfahrungen des Beschwerdeführers im Rahmen der üblichen Einarbeitung ohne Einschränkung in Angriff genommen werden könnten (Urk. 14/29/6-7). In seiner letzten Tätigkeit verrichtete der Beschwerdeführer gemäss seinen eigenen Angaben körperlich sehr anspruchsvolle Tätigkeiten und musste Säcke mit einem Gewicht bis 30 kg heben (Urk. 14/24 S. 6). Aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar und auch Bürkopfarbeiten kann er nicht mehr verrichten. Die Leistungseinbusse von 30 % ergibt sich sodann ausschliesslich aus den psychisch bedingten Einschränkungen und nicht aus den körperlichen Beeinträchtigungen. Insgesamt ist somit entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin ein Leidensabzug gerechtfertigt, wobei ein solcher von 10 % den Gegebenheiten des vorliegenden Falles angemessen Rechnung trägt.

5.5 Unter Berücksichtigung eines Abzuges von 10 % ergibt sich somit ein Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 36'433.-- (Fr. 40'481.-- x 0.9), mithin bei einem Valideneinkommen von Fr. 65'621.-- (vorstehend Erw. 5.2) eine Einkommensbusse

von Fr. 29'188.--, was einem Invaliditätsgrad von 44.48 % und gerundet 44 % entspricht und damit einen Anspruch auf eine Viertelsrente begründet.

5.6. Dem Beschwerdeführer ist somit mit Wirkung ab 1. März 2005 eine Viertelsrente zuzusprechen. Die Beschwerde ist daher teilweise gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid vom 27. Februar 2006 aufzuheben.

5.7. Spätestens im Rahmen des üblichen Revisionsverfahrens wird die Beschwerdegegnerin zu prüfen haben, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in einer Weise entwickelt hat, welche im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG (in Kraft ab 1. Januar 2008) die Frage der zumutbaren Willensanstrengung zum konstruktiven Umgang mit einer allfälligen Schmerzproblematik (vgl. BGE 130 V 352, 132 V 65) aufwerfen könnte.

6. Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Unter Berücksichtigung dieser Bemessungskriterien ist eine um die Hälfte reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 750.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Nachdem der Beschwerdeführer über eine Rechtsschutzversicherung verfügt (vgl. Urk. 20-21), fällt eine Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung ausser Betracht.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 27. Februar 2004 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. März 2005 Anspruch auf eine Viertelsrente hat.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 750.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Försprecher Ubald Bisegger
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

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

Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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