

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00205 vom 30. Dezember 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-12-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.00205](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00205)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00205 du 30 décembre 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00205 del 30 dicembre 2008

## Erwägungen

### E. 4

4.1. Dr. med. F. \_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, behandelt den Beschwerdeführer seit Jahren (vgl. Urk. 12/14 S. 5 f., S. 9 f. und S. 14 f., Urk. 12/15 S. 20 f.). Am 23. Februar 2005 erstattete er der IV-Stelle Bericht und führte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein depressives Zustandsbild, eine koronare Herzkrankheit, eine Angina pectoris sowie eine Hypertonie auf. Seit Januar 2003 sei der Beschwerdeführer deshalb im angestammten Beruf zu 50-70 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär. Abschliessend nahm er zu den unter Berücksichtigung der Einschränkungen noch zumutbaren Erwerbsmöglichkeiten Stellung und hielt fest, der Beschwerdeführer könne sowohl im bisherigen Beruf als auch in einer angepassten Tätigkeit nur noch zehn Stunden pro Woche arbeiten (vgl. Urk. 12/14 S. 1 ff.). Für nähere Informationen zum Beschwerdebild und den erhobenen Befunden verwies er auf seine Verlaufsberichte. Aus diesen geht hervor, dass im Jahr 2000 wegen atypischen Beschwerden eine Herzkatheter-Untersuchung (Koronarangiographie) erfolgt war, mit welcher eine 3-Gefässerkrankung festgestellt werden konnte. Eine ebenfalls durchgeführte MR-Herzuntersuchung hatte multiple kleine Myokardinfarktfolgen gezeigt. Aufgrund der vorgefundenen Situation war auf eine Intervention verzichtet und eine Verbesserung der Risikofaktoren (Hypertonie, Adipositas) angestrebt worden. Da der Beschwerdeführer Ende 2004 wieder unter ausgeprägter Anstrengungsdyspnoe litt (vgl. Urk. 12/14 S. 9), wurde am 14. Dezember 2004 im G. \_\_\_\_, eine erneute MRI-Untersuchung des Herzens durchgeführt. Diese ergab eine unverändert erhaltene linksventrikuläre Funktion bei fehlenden Anhaltspunkten für in den letzten vier Jahren erlittene weitere Myokardinfarkte. Die anlässlich der letzten MRI-Untersuchung zur Darstellung gelangten Infarktfolgen waren unverändert, und auch bezüglich der Gefässverengung ergab sich keine Progredienz. Die Spezialisten konnten die Verursachung der Anstrengungsdyspnoe durch eine myokardiale Ischämie nicht ausschliessen (vgl. Urk. 12/14 S. 7). Im Verlaufsbericht vom 26. Januar 2005 hielt Dr. E. \_\_\_\_, fest, der Beschwerdeführer habe über links thorakale, konstant anhaltende und belastungsunabhängige Schmerzen mit teilweiser Ausstrahlung in den linken Oberarm geklagt. Die Blutdruckwerte seien schwankend. Am meisten werde der Beschwerdeführer aktuell aber durch eine chronische Obstipation belastet (vgl. Urk. 12/14 S. 5 f.).

Der Hausarzt Dr. med. H. \_\_\_\_, führte in seinem Bericht vom 16. März 2005 bei den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit neben der von Dr. E. \_\_\_\_, behandelten Herzkrankheit ein depressives Zustandsbild sowie Übergewicht auf. Weiter erwähnte er ein rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom ohne Auswirkung

auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer habe ihm gegenüber über chronischen Kopfdruck, gelegentliche Thoraxschmerzen sowie intermittierende Rückenschmerzen lumbal geklagt. Der psychische Status sei etwas verlangsamt mit depressiver Verstimmung und Ermüdungszeichen; die psychischen Funktionen seien eingeschränkt. Der Gesundheitszustand sei stationär, die Prognose unklar. Der Beschwerdeführer könne seit Januar 2003 in der bisherigen sowie in einer behinderungsangepassten Tätigkeit nur noch während zehn Stunden pro Woche arbeiten (Urk. 12/15 S. 1 ff.).

4.2.2.2 Der Internist und Kardiologe Dr. A. \_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer am 17. Oktober 2005 gutachterlich untersuchte, stellte in seinem Gutachten vom 8. Dezember 2005 die Diagnose einer koronaren Dreifesselkrankung bei kardiovaskulären Risikofaktoren (positive Familienanamnese, arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Adipositas). Weiter diagnostizierte er atypische Thoraxbeschwerden funktioneller oder möglicherweise zum Teil auch muskulo-skelettaler Genese, rezidivierende Rückenbeschwerden - möglicherweise im Sinne eines Lumbovertebralsyndroms - sowie ein depressives Zustandsbild (vgl. Urk. 12/22 S. 13). Aufgrund seiner Beobachtungen bei der Erhebung von Anamnese und objektiven Befunden gelangte er zur Einschätzung, dass die Angaben des Beschwerdeführers größtenteils glaubhaft seien, insbesondere auch hinsichtlich der genannten psychischen Beeinträchtigungen. Es sei allerdings schwierig zu beurteilen, wie viel von den von ihm erzählten Geschichten über seine bis in die höchsten Kreise der I. \_\_ Regierung reichenden Geschäftsbeziehungen der Wahrheit entsprechen. Deshalb seien auch seine übrigen Angaben zum Beschwerdebild kritisch zu prüfen. Auffallend sei, dass der Beschwerdeführer den von ihm durchgeführten Belastungstest bereits bei einer Herzfrequenz von 119/min abgebrochen habe, und dass er dabei nicht besonders erschöpft gewirkt habe. Ob der frühe Abbruch der laufenden Betablocker-Therapie einem mangelnden Kreislauftraining zuzuschreiben sei, oder ob eine Rentenbegehrlichkeit den Beschwerdeführer dazu motiviert habe, könne von ihm nicht schlüssig beurteilt werden (vgl. Urk. 12/22 S. 12 und 16). Zur Untersuchung bemerkte Dr. A. \_\_\_\_, dass diese das Bestehen einer koronaren Dreifesselkrankung nicht hätte erahnen lassen, wären ihm die Vorakten nicht bekannt gewesen. Die linksventrikuläre Funktion sei normal gewesen, was bedeute, dass die durchgemachten diskreten Myokardinfarkte keinen myokardialen Schaden hinterlassen hätten. Da der Beschwerdeführer während des durchgeführten Belastungstests keine pectanginösen Beschwerden gehabt habe und das Begleit-EKG unauffällig gewesen sei, sei das Beschwerdebild trotz der angegebenen intermittierenden thorakalen Schmerzen nicht typisch für eine belastungsabhängige koronare Ischämie. Aufgrund der Untersuchungsbefunde entstehe der Eindruck, dass zwar eine koronare Herzkrankheit bestehe, diese aber nur geringgradig symptomatisch sei und insbesondere die kardiale Leistungsfähigkeit nicht einschränke. Die Herzerkrankung habe die vormalige Tätigkeit als Geschäftsführer wohl nicht behindert, zumal die Diagnose ja erstmals im Jahr 2000 gestellt worden sei, als der Beschwerdeführer noch - bis zum Herbst 2002 - absolut uneingeschränkt und nach eigenen Angaben in einem sehr hohen, deutlich über der Normalarbeitszeit von Vollzeitbeschäftigten liegenden Pensum habe arbeiten können. Hinsichtlich der koronaren Herzkrankheit bestehe - auch mit Blick auf die unveränderten Herz-MRI-Befunde zwischen 2000 und 2004 - wahrscheinlich ein relativ stabiler Verlauf. Die arterielle Hypertonie sei mit der aktuellen Medikation gut unter Kontrolle. Die vom Beschwerdeführer ebenfalls angegebenen Rückenbeschwerden,

welche bereits physiotherapeutisch behandelt worden seien, ständen zur Zeit wohl nicht im Vordergrund. Seiner Meinung nach bilde das psychische Beschwerdebild, welches sich im Anschluss an den für den Beschwerdeführer sowohl in beruflicher als auch persönllicher Hinsicht ruinösen Wasserschaden in seiner Firma im Herbst 2002 entwickelt habe, das Hauptproblem (vgl. Urk. 12/22 S. 9 und 14 ff.). Aus internistischer und kardiologischer Sicht sei er für körperlich leicht und mittelschwer belastende Arbeiten zu 100 % arbeitsfähig, was bedeute, dass er seine frühere Tätigkeit als Geschäftsführer uneingeschränkt ausüben könne (vgl. Urk. 12/22 S. 13).

4.3 Am 13. Februar 2006 wurde der Beschwerdeführer durch die Psychiaterin Dr. B. \_\_\_ gutachterlich untersucht. Im Gutachten vom 15. Februar 2006 diagnostizierte sie eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode und somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), akzentuierte narzisstische und histrionische Persönlichkeitszüge mit Somatisierungstendenz (ICD-10: Z73.1) sowie eine schwerwiegende psychosoziale Belastungssituation (ICD-10: Z59). Dr. B. \_\_\_ konnte mit dem Beschwerdeführer ein offenes Gespräch führen, wobei ihr einige histrionische und demonstrative Verhaltenselemente auffielen. Die Auffassung und Merkfähigkeit sei - im Gegensatz zu den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers - bei der Untersuchung nicht eingeschränkt gewesen. Im Gespräch habe sich eine leicht gestörte Konzentration sowie ein mittelschwer gestörtes formales Denken gezeigt. Die Affektivität sei mittelschwer gestört gewesen, ebenso die Vitalgefühlle. Der Beschwerdeführer leide unter Insuffizienzgefühlle mit Verlust des Selbstwertgefühlles, Scham, Trauer sowie ohnmächtiger Wut über die seines Erachtens unverschuldet erfolgte soziale Demontage. Ferner habe er verschiedene Störungen im vegetativ-biologischen Bereich erwähnt (Energiemangel, Müdigkeit, schwere Durchschlafstörung, Appetitlosigkeit mit Gewichtsabnahme). In der Schweiz bestehe ein sozialer Rückzug, in Y. \_\_\_ sei der Beschwerdeführer aktiver und fühle sich subjektiv wohler. Insgesamt seien die Symptome als knapp mittelgradiges depressives Zustandsbild nach den ICD-Kriterien mit noch erhaltener Schwingungsfähigkeit, intensiv erlebter Traurigkeit und Verbitterung einzustufen (vgl. Urk. 12/25 S. 10 f. und 13). Der Beschwerdeführer habe 1987 mit Familienkapital die Firma gegründet, welche er bis zuletzt als Geschäftsleiter geführt habe. Im Herbst 2002 sei ein Wasserschaden in Millionenhöhe an den in der Firma gelagerten Orientteppichen eingetreten. Aufgrund einer daraufhin folgenden versicherungsrechtlichen Streitigkeit sei der Geschäftsbetrieb so lange blockiert gewesen, dass das Geschäft schliesslich zusammengebrochen sei (vgl. auch Urk. 18/1). Bisher sei der Firma im Zusammenhang mit dem Wasserschaden einzig eine für den Beschwerdeführer enttäuschend niedrige Entschädigung von Fr. 700'000.-- zugesprochen worden. Wegen der finanziellen Probleme sei ihm beziehungsweise seiner Firma auch ein mitbetreutes Flughafenprojekt in Y. \_\_\_ (Vermittlung von finanziellen Mitteln und technischem Know-How) abhanden gekommen. Aufgrund dieser Probleme schulde er (beziehungsweise seine Firma) heute verschiedenen Gläubigern in Y. \_\_\_ hohe Geldsummen. Dr. B. \_\_\_ erklärte sich die von ihr vorgefundene Symptomatik damit, dass der Beschwerdeführer auf die langwierige Versicherungsstreitigkeit wegen des Wasserschadens und die damit einhergehende psychosoziale Demontage und Fürsorgeabhängigkeit mit einer depressiven Entwicklung reagiert habe, welche ihn weitgehend handlungsunfähig gemacht und blockiert habe. Seine narzisstisch und histrionisch geprägte Persönlichkeitsstruktur mit einer Tendenz zur Somatisierung schränke insbesondere seine Umstellungsfähigkeit

ein. Dies f¼hre - nebst kulturellen Faktoren - dazu, dass er die aktuelle schwere psychosoziale Belastungssituation beziehungsweise den erlebten sozialen Abstieg nur schlecht tolerieren k¶nne. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdef¼hrer daher in der bisherigen T¶tigkeit als Gesch¶ftsleitet seit etwa Mitte 2003 zu 50 % arbeitsunf¶hig. In einer einfachen T¶tigkeit, beispielsweise als Museumsw¶chter, Magaziner oder Portier, bestehe eine Restarbeitsf¶higkeit von 80 %. Eine Verbesserung der Symptomatik k¶nne erst bei ¶berwindung der schwerwiegenden psychosozialen Belastungsfaktoren erwartet werden. Andernfalls sei eine Chronifizierung der depressiven St¶rung sowie das Verharren des Beschwerdef¼hrers in einem demonstrativen, narzisstisch gekr¶nkten, regredierten Zustand zu bef¼rchten (vgl. Urk. 12/25 S. 3 f. und 12 ff.).

4.4 ¶ ¶ ¶ ¶ In der Einsprache vom 25. August 2006 nahm der behandelnde Psychiater Dr. C. \_\_\_ zum psychiatrischen Gutachten von Dr. B. \_\_\_ Stellung. Dabei pflichtete er der Einsch¶tzung der Gutachterin, zur Besserung der Krankheitssymptomatik sei die ¶berwindung der schweren psychosozialen Belastungssituation notwendig, bei. Hingegen widersprach er ihrer Auffassung, dass dem Beschwerdef¼hrer die Aufnahme einer behinderungsangepassten einfachen Arbeit als Museumsw¶chter etc. im Rahmen eines 80%igen Besch¶ftigungspensums zumutbar sei. Mit Blick auf Biografie und Erscheinung des Beschwerdef¼hrers sei davon auszugehen, dass narzisstische Elemente und Verhaltensweisen immer eine zentrale Rolle bei der psychischen Stabilisierung gespielt h¶tten. Er gehe in diagnostischer Hinsicht von einer depressiven Somatisierungsst¶rung aus, welche beim Beschwerdef¼hrer zu regressiven Symptombildungen gef¼hrt habe. Dieses Beschwerdebild rechtfertige seiner Meinung nach derzeit immer noch eine volle Berentung, zur verbliebenen Restarbeitsf¶higkeit in Prozenten k¶nne er sich nicht festlegen. Die Besserung der von der psychosozialen Belastungssituation abh¶ngigen Symptomatik h¶nge in erster Linie davon ab, ob es dem Beschwerdef¼hrer gelinge, durch ein gewinnbringendes Gesch¶ft die Schulden zu tilgen. Durch die Aufnahme einer der von Dr. B. \_\_\_ empfohlenen leichten T¶tigkeiten sei dies nicht m¶glich. Solchenfalls sei vielmehr eine endg¶ltige Zementierung des Krankheitszustandes zu erwarten (vgl. Urk. 12/40; vgl. auch Urk. 12/25 S. 7 f.).

4.5 ¶ ¶ ¶ ¶ Auf Zuweisung durch den Hausarzt untersuchte Dr. med. J. \_\_\_, Oberarzt im K. \_\_\_, Rheumaklinik und Institut f¼r Physikalische Medizin, den Beschwerdef¼hrer aufgrund lumbaler R¼ckenschmerzen am 16. sowie 27. November 2007 ambulant. Aus seinem Bericht vom 27. November 2007 ergibt sich, dass der Beschwerdef¼hrer seit rund einem Jahr unter geh¶uften Schmerzexazerbationen im R¼cken mit Schmerzausstrahlungen ins rechte Bein sowie teilweise mit Sensibilit¶tsst¶rungen der rechten Zehen litt, wobei diese belastungsabh¶ngigen Schmerzen vor drei Monaten noch zunahmen. Dr. J. \_\_\_ erhob klinisch sowie mit MRI-Bildern vom 21. November 2007 ein lumboradikulares Reizsyndrom der Wurzel S1 rechts, zentrale und rezessale Spinalstenosen vor allem im Segment L4/5 und etwas weniger ausgepr¶gt L5/S1 bei vorbestehend kongenital engem Spinalkanal, eine grosse, breitbasige Diskushernie im Bereich L4/5 sowie eine Bandscheibenprotrusion im Bereich L5/S1 mit Kompression der abgehenden Nervenwurzeln L5 und S1 beidseits. Die von Dr. J. \_\_\_ bereits am 16. November 2007 eingeleitete physiotherapeutische Behandlung zeitigte bis zur Kontrolle vom 27. November 2007 offenbar bereits eine gewisse Beschwerdelinderung. Nichtsdestotrotz ging Dr. J. \_\_\_ aus rheumatologischer Sicht von einer aktuell maximal

50%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten leichten Tätigkeit mit der Möglichkeit von Positionswechseln aus (vgl. Urk. 31/15).

Die von Dr. J. \_\_\_ im November 2007 eingeleiteten Therapien (analgetische Medikation und Physiotherapie) führten zu einer Besserung der Beschwerden (vgl. Urk. 37/2 S. 4). Aufgrund einer erneuten Beschwerdezunahme im Mai 2008 mit belastungs- und bewegungsabhängigen Schmerzen lumbosakral rechts mit Ausstrahlung ins rechte Bein wurde der Beschwerdeführer im K. \_\_\_ vom 28. Mai bis zum 7. Juni 2008 stationär behandelt, wobei in rheumatologischer Hinsicht ein rechtsseitiges lumbospondylogenes Syndrom sowie intermittierend ein lumboradikulares Syndrom S1 diagnostiziert wurden. Die Ärzte führten eine CT-gesteuerte Infiltration durch, welche eine Reduktion der Beschwerden zur Folge hatte, und empfahlen die Weiterbehandlung mit analgetischen Medikamenten (vgl. Urk. 37/2).

## E. 5

5.1 Das Gutachten vom 8. Dezember 2005 des Dr. A. \_\_\_ beruht auf umfassenden Abklärungen, ist schlüssig und erging unter Berücksichtigung sämtlicher Symptome des Beschwerdeführers. Es erfüllt damit grundsätzlich sämtliche rechtsprechungsgemässen Anforderungen, und die Tatsache allein, dass Dr. A. \_\_\_ zur divergierenden Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit durch den behandelnden Kardiologen Dr. E. \_\_\_ nicht Stellung bezog, vermag daran nichts zu ändern. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers sprechen sodann auch die im Gutachten festgehaltenen Zweifel des Kardiologen, die auch nachvollziehbar sind, an gewissen Aussagen eher für - und nicht gegen - die Objektivität und Sorgfalt des Gutachters. Die Benennung nicht auszumerzender Unsicherheiten und Unklarheiten gehört namentlich mit zur gutachterlichen Aufgabe (vgl. vorstehend Erw. 2.2). Aus dem Gutachten ergibt sich sodann, dass Dr. A. \_\_\_ auch positive Aspekte - wie das Interesse des Beschwerdeführers an seinem Beschwerdebild und an den Auswirkungen der verschriebenen Medikamente oder die Beobachtung, dass der Beschwerdeführer seine Beschwerden nicht übertrieben darstelle (vgl. Urk. 12/22 S. 12) - erwähnte und würdigte. Ausserdem wirkten sich die geäusserten Zweifel über den Wahrheitsgehalt gewisser Aussagen letztlich nicht zu Ungunsten des Beschwerdeführers aus, da Dr. A. \_\_\_ offen eingestand, sich seiner Vermutungen nicht sicher zu sein beziehungsweise diese nicht beweisen zu können (vgl. etwa Urk. 12/22 S. 12 und S. 16 f.). Die Beurteilung der Rücken- sowie der psychischen Beschwerden durch Dr. A. \_\_\_ (vgl. Urk. 12/22 S. 13 ff.) ist wegen seiner fehlenden Spezialisierung auf diesen Fachgebieten zwar nicht ausschlaggebend, ist aber dennoch geeignet, nebst den diesbezüglich vorhandenen spezialärztlichen Stellungnahmen Anhaltspunkte zur Beurteilung der Symptome zu liefern.

Auch das psychiatrische Gutachten von Dr. B. \_\_\_ erfüllt sämtliche Anforderungen der Rechtsprechung und ist mithin als medizinische Beurteilungsgrundlage voll beweiskräftig. Denn aus dem Gutachten wird in überzeugender Masse deutlich, dass der Beschwerdeführer - trotz seiner belastenden Vorgeschichte als ehemaliger Asylbewerber und nach einer erfolgten Scheidung - durch die Gründung einer grossen Familie und den Aufbau von verschiedenen geschäftlichen Tätigkeiten bis zum Zusammenbruch des Teppichgeschäftes gut kompensiert war und sein Leben soweit meisterte. Die Gutachterin erkannte nachvollziehbar, dass dieses Ereignis, dessen schadensmässige Abwicklung und die damit einhergehende psychosoziale Demontage eine grosse Belastung für ihn darstellten, auf die der Versicherte mit einer langjährigen,

seit 2003 psychiatrisch behandelten und damit rezidivierenden, depressiven Störung nach ICD-10 F.33.11 mit somatischem Syndrom reagierte, die somit nicht mehr nur als vorübergehende Episode (im Sinne von ICD-10: F. 32.11: vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2007 in Sachen A., I 510/06, Erw. 6.3) betrachtet werden kann. Es ist daher davon auszugehen, dass zwar psychosoziale und auch kulturelle Faktoren beim Beschwerdeführer in wesentlichem Ausmass vorhanden sind, die stark für die Entstehung des psychischen Krankheitsbildes verantwortlich sind. Dennoch ist bei dieser langen psychiatrisch betreuten und auch medikamentös behandelten depressiven Störung von einem eigentlichen psychiatrischen Krankheitsbild auszugehen. Dr. B. \_\_\_ hat in nachvollziehbarer Weise begründet, dass der Beschwerdeführer aufgrund eines knapp mittelgradig depressiven Zustandsbildes in der bisherigen Tätigkeit als Geschäftsführer zu 50 % arbeitsunfähig ist, in einer geistig weniger anspruchsvollen Tätigkeit als Museumswächter, Magaziner, Portier etc. aber noch ein 80%iges Beschäftigungspensum bewältigen kann (vgl. Urk. 12/25 S. 12 ff.). Soweit der Beschwerdeführer aufgrund der Nennung einer Vielzahl von Symptomen auf eine stärker einschränkende Depression schliesst (vgl. Urk. 1 S. 9), ist zum einen darauf hinzuweisen, dass nicht allein die Menge der vorhandenen Krankheitssymptome, sondern deren gesamthafte Gewicht entscheidend ist, und Dr. B. \_\_\_ als Spezialistin naturgemäss am besten in der Lage ist, die Auswirkung der erhobenen Befunde zu beurteilen. Zum andern ist auch festzustellen, dass der Versicherte immer wieder fähig ist, nach Y. \_\_\_ zu reisen und er sich im Jahr 2005 zum Verwaltungsratspräsidenten einer Gesellschaft namens L. \_\_\_ AG wählen und am 18. August 2005 im Handelsregister eintragen liess und diese Tätigkeit in der Folge offenbar auch ausübte (Urk. 25, 31/2). Auch wenn es sich dabei um eine ehrenamtlich ausgeübte Tätigkeit handelt, zeugen diese Aktivitäten nicht von einer gänzlich passiven Persönlichkeit und von einem viel deutlicheren depressiven Bild, als dies die Gutachterin darstellt. Von einer Bagatellisierung durch die Gutachterin kann keine Rede sein, vielmehr wäre zu fragen, weshalb der Beschwerdeführer das letztere Engagement nicht den Ärzten mitgeteilt hat. Der behandelnde Psychiater Dr. C. \_\_\_ stellte in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 25. August 2006 die von Dr. B. \_\_\_ erhobenen Befunde grundsätzlich nicht in Frage, sondern äusserte sich hauptsächlich zur Krankheitsentstehung und stellte Überlegungen zur optimalen Eingliederung im Hinblick auf eine zukünftige Verbesserung der Symptomatik an (vgl. Urk. 12/40). Im Telefonat mit Dr. B. \_\_\_ vom 13. Februar 2006 stufte er das Krankheitsbild als durchgehend mindestens mittelschwere Depression ein, wobei er zur Stützung dieser Diagnose mit Ausnahme offenbar beobachteter Schwankungen in der Symptomatik keine detaillierten Untersuchungsbefunde auführte (vgl. Urk. 12/25 S. 7 f.), so dass sich daraus keine grossen Abweichungen ergeben.

5.2.2.2 Der behandelnde Kardiologe Dr. E. \_\_\_ ging nur von einer Restarbeitsfähigkeit im Rahmen von 10 Stunden pro Woche aus. Dabei ist zunächst von Belang, dass Dr. E. \_\_\_ in seinem Bericht vom 23. Februar 2005 bei der Festsetzung des noch zumutbaren Arbeitspensums offensichtlich auch die - nicht in seinem Fachgebiet liegenden - psychischen Beschwerden mitberücksichtigte (vgl. Urk. 12/14 S. 1 und 4). Wird zusätzlich der Tatsache Rechnung getragen, dass Dr. E. \_\_\_ in seinen zahlreichen kardiologischen Verlaufsberichten nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Herzbeschwerden erwähnte (vgl. Urk. 12/14 S. 5 f., S. 9 f., S. 14 f., Urk. 12/15 S. 20 f.), stellt sich die Frage, ob überhaupt eine divergierende ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht vorliegt. Jedenfalls ergeben

sich aus dem sehr kurz gefassten Bericht vom 23. Februar 2005 mit gänzlich fehlender Begründung der attestierten Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 12/14 S. 1 ff.) keine Anhaltspunkte dafür, dass die ausführend und nachvollziehbar begründete Festsetzung der Arbeitsfähigkeit aus fachärztlich-kardiologischer Sicht durch Dr. A. \_\_\_ fehlerhaft wäre.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch der Einschätzung der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit durch den Hausarzt Dr. H. \_\_\_, welcher hinsichtlich des Umfangs der Einschränkung mit Dr. E. \_\_\_ einig ging, kommt angesichts der lediglich summarischen Begründung (vgl. Urk. 12/15 S. 1 ff.) neben den vorhandenen ausführenden fachärztlichen Stellungnahmen keine ausschlaggebende Bedeutung zu. Bei Dr. H. \_\_\_ vermag auch die Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc), eine gewisse Divergenz seiner Einschätzung zu derjenigen der neutralen Gutachter zu erklären.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was der behandelnde Psychiater Dr. C. \_\_\_ gegen die von Dr. B. \_\_\_ festgesetzte Restarbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht einwendet (vgl. Urk. 12/40), vermag ebenfalls nicht zu überzeugen. Gemäss Dr. C. \_\_\_ kann eine Besserung des psychischen Gesundheitszustandes nur dann erwartet werden, wenn es dem Beschwerdeführer gelingt, durch ein gewinnbringendes Geschäft seine psychosoziale Belastungssituation zu überwinden. Deshalb seien ihm die von Dr. B. \_\_\_ zugemuteten einfachen Tätigkeiten als Museumswächter etc. nicht zumutbar. Dr. C. \_\_\_ hielt es weiter aufgrund der aktuellen Situation für unverzichtbar, die soziale Situation des Beschwerdeführers durch die Ausrichtung einer ganzen Rente zu entspannen, da er solchenfalls wenigstens nicht andauernd unter einer ihn blockierenden Angst um seine Frau und die kleinen Kinder leiden müsste. Bei der Beurteilung der aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit kommt es aber nicht darauf an, was für den Beschwerdeführer persönlich die beste Lösung wäre, sondern massgeblich ist, was er bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, leisten könnte, wobei das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt wird (vgl. BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen). Die von der Gutachterin vorgeschlagenen Tätigkeiten sind objektiv gesehen in keiner Weise unzumutbar. Der Beschwerdeführer hat selber schon in seinem Leben verschiedene Arbeiten ausgeübt, wie aus seinem Lebenslauf hervorgeht, darunter auch einfachere Arbeiten bei X. \_\_\_ und Y. \_\_\_ (Urk. 3/3).

5.3 Ä Ä Ä Ä Mit den vom Beschwerdeführer eingereichten Berichten des D. \_\_\_ vom 27. November 2007 (Urk. 31/15) und vom 9. Juni 2008 (Urk. 37/2) liegen zwar Hinweise für eine gewisse Zunahme der Rückenbeschwerden vor, mit Blick auf die übrigen medizinischen Akten steht aber fest, dass die Rückenbeschwerden im vorliegend massgeblichen Beurteilungszeitraum bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides noch kein invalidisierendes Ausmass angenommen hatten. Im Bericht vom 16. März 2005 mass der Hausarzt Dr. H. \_\_\_ diesen Beschwerden keine einschränkende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei (vgl. Urk. 12/15 S. 1). Dr. A. \_\_\_ gegenüber erwähnte der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung vom 17. Oktober 2005 die Rückenprobleme zwar, auch damals standen sie aber nicht im Vordergrund (vgl. Urk. 12/22 S. 9 und 14). In seinem Bericht vom 27. November 2007 erklärte Dr. J. \_\_\_, dass die Rückenbeschwerden vor rund einem Jahr zugenommen

hätten, wobei sich die Problematik in den letzten drei Monaten weiter verschärft habe. Aus den Berichten von Dr. J. \_\_\_ ergibt sich ferner, dass der Beschwerdeführer ihn jeweils nach Zunahme der Rückenproblematik aufgesucht hatte, die Beschwerden aber beide Male unter der anschliessend eingeleiteten physiotherapeutischen und analgetischen Behandlung deutlich zurückgegangen waren (vgl. Urk. 31/15 S. 2 f., Urk. 37/2 S. 2 und 4). Es steht daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass zumindest bei Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides vom 8. Januar 2007 noch keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seitens der Rückenbeschwerden vorlag. Unter diesen Umständen sowie mit Blick auf das zuvor Gesagte erörtern sich auch die beantragten weiteren medizinischen Abklärungen (vgl. Urk. 1 S. 10).

5.4 Zusammenfassend ergibt sich, dass die IV-Stelle in medizinischer Hinsicht zu Recht auf die Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter Dr. A. \_\_\_ und Dr. B. \_\_\_ abgestellt hat. Es ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Geschäftsführer eine Arbeit im 50%-Pensum zumutbar ist. In einer behinderungsangepassten, einfachen, körperlich leicht und mittelschwer belastenden Tätigkeit (vgl. auch Erw. 4.3) kann er mit einem Beschäftigungsgrad von 80 % arbeiten.

## 6. Allgemeine Bestimmungen

6.1 Bei erwerbstätigen versicherten Personen ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG mit einem Einkommensvergleich zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung aller möglicher Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

### 6.2.

6.2.1 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 129 V 222 Erw. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen). Nicht auf den zuletzt erzielten Lohn kann abgestellt werden, wenn dieser offensichtlich nicht dem Einkommen entspricht, das die versicherte Person im Gesundheitsfall nach überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Lage gewesen wäre zu realisieren. Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierte Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Berücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen B. vom 27. Dezember 2006, I 173/06, Erw. 5.1 mit Hinweisen).

6.2.2 Aus den Angaben des Beschwerdeführers gegenüber den ärztlichen Gutachtern Dr. A. \_\_\_ sowie Dr. B. \_\_\_ zu seiner Erwerbsbiographie geht hervor, dass er

nach seiner Einreise in die Schweiz die deutsche Sprache innert kurzer Zeit erlernt und dann verschiedene Computerkurse besucht hatte. Anschliessend hatte er unter anderem als Verkäufer gearbeitet und war zuletzt, vor seiner Tätigkeit bei der Z.\_\_\_\_, zwischen 1985 und 1993 bei der Firma M.\_\_\_\_ AG als Filialleiter tätig gewesen. Die Firma Z.\_\_\_\_ wurde ursprünglich mit finanziellen Mitteln des Beschwerdeführers aufgebaut, was den von ihm dort zuletzt innegehabten Posten als Geschäftsführer erklären dürfte (vgl. Urk. 12/22 S. 6 f., Urk. 12/25 S. 3, Urk. 18/1). Gemäss seinen eigenen Angaben und dem IK-Auszug war er dort 1993, 1997 und zwischen 1999 und 2001 tätig (Urk. 17 S. 2, Urk. 12/31), danach bezog er Arbeitslosenentschädigung. Es steht unbestritten fest, dass er die Arbeit bei der Z.\_\_\_\_ nicht aus gesundheitlichen, sondern aus wirtschaftlichen Gründen verloren hat, und dass ihm diese Arbeitsstelle heute auch im Gesundheitsfall nicht mehr offen stehen würde (vgl. Urk. 12/17). Zur Ermittlung des Valideneinkommens kann daher nicht auf das zuletzt bei der Z.\_\_\_\_ als Geschäftsführer erzielte Einkommen abgestellt werden. Da der Beschwerdeführer sodann selbst ausführte, dass er in den Jahren 2001 bis 2003 trotz rund 200 Bewerbungen keine neue Stelle gefunden habe (vgl. Urk. 17 S. 2, Urk. 18/2), ist davon auszugehen, dass ihm auf dem (ausgeglichenen) Arbeitsmarkt im Gesundheitsfall unter Berücksichtigung seiner Ausbildung und Berufserfahrung keine Stelle auf der bei der Z.\_\_\_\_ innegehabten Hierarchiestufe offen stehen würde.

Der IV-Stelle kann aber nicht gefolgt werden, soweit sie geltend macht, es sei gestützt auf den in den Akten liegenden Auszug aus dem individuellen Konto von einem hypothetischen Valideneinkommen von rund Fr. 40'000.-- auszugehen, da die von der Z.\_\_\_\_ für den Beschwerdeführer abgerechneten Löhne ungefähr in diesem Bereich gelegen hätten und er während seiner Tätigkeit für diese Firma von 1993 bis 2002 zwischendurch regelmässig Arbeitslosentaggelder bezogen habe, weshalb von einer selbst gewählten Arbeitslosigkeit auszugehen sei (vgl. Urk. 11). Wie gesagt steht fest, dass der Beschwerdeführer seine Arbeit bei der Z.\_\_\_\_ im Jahr 2002 aus wirtschaftlichen Gründen verloren hat, und ihm diese Tätigkeit - allenfalls wie von der IV-Stelle behauptet abwechslungsweise mit dem Bezug von Arbeitslosenentschädigung - heute auch im Gesundheitsfall nicht offen stehen würde. Zur Festsetzung dessen, was der Beschwerdeführer heute als Gesunder verdienen könnte, ist auf seine frühere Erwerbslaufbahn abzustellen.

Unter Würdigung sämtlicher Umstände erscheint es überwiegend wahrscheinlich, dass er heute als Gesunder aufgrund seiner Fachkenntnisse und Berufserfahrung eine Tätigkeit im Handels- und Dienstleistungsgewerbe verrichten könnte. Denn er war auch bei der Firma Z.\_\_\_\_ grösstenteils mit dem Verkauf von Orientteppichen beschäftigt. Da der Beschwerdeführer während seiner Anstellung bei der Z.\_\_\_\_ tiefe Löhne in Kauf nahm (vgl. Urk. 12/13 S. 1), sich in den Jahren 2001-2003 während einer Phase von Arbeitslosigkeit auch für einfache Stellen ohne Führungsverantwortung, etwa im Aussendienst oder als Büroangestellter beworben hat (vgl. Urk. 18/2), ist davon auszugehen, dass ihm als Gesunder bei der Stellensuche mehrere Jahre an relevanter Berufserfahrung für eine Kadertätigkeit im Verkauf, wie er sie zuletzt bei der M.\_\_\_\_ AG ausgeübt hatte, fehlten.

Zur Festsetzung des hypothetischen Valideneinkommens ist daher von dem in einer Tätigkeit als Angestellter im allgemeinen Dienstleistungsbereich erzielbaren Einkommen auszugehen. Aus den Tabellenlöhnen gemäss den vom Bundesamt für

Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen 2004 (LSE; vgl. dazu BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis) wird für Tätigkeiten im Sektor Dienstleistungen mit dem Anforderungsniveau 3 (Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt) für männliche Arbeitnehmer ein Bruttomonatslohn (unter anteilsmässiger Berücksichtigung des 13. Monatslohnes und standardisiert auf 40 Wochenstunden) von Fr. 5'496.-- aufgeführt (LSE 2004 S. 53, Tabelle TA1). Umgerechnet auf die ab 2004 betriebliche wöchentliche Arbeitszeit im Sektor 3 von 41,7 Stunden (vgl. Die Volkswirtschaft 10 - 2008, S. 94, Tabelle B9.2) ergibt sich hochgerechnet auf das ganze Jahr ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 68'755.-- für ein 100%-Pensum.

6.2.3.3. Dem Beschwerdeführer ist eine behinderungsangepasste einfache Tätigkeit als Museumswächter, Magaziner, Portier etc. im Rahmen eines 80%igen Beschäftigungspensums medizinisch zumutbar. In den solchenfalls heranzuziehenden Tabellenlisten wird für Tätigkeiten mit dem Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) im privaten Sektor ein Bruttomonatslohn (unter anteilsmässiger Berücksichtigung des 13. Monatslohnes und standardisiert auf 40 Wochenstunden) von Fr. 4'588.-- aufgeführt (LSE 2004 S. 53, Tabelle TA1). Umgerechnet auf die ab 2004 betriebliche wöchentliche Arbeitszeit unter Berücksichtigung aller drei Wirtschaftssektoren von 41,6 Stunden (vgl. Die Volkswirtschaft 10 - 2008, S. 94, Tabelle B9.2) ergibt sich hochgerechnet auf das ganze Jahr ein Betrag von Fr. 57'258.25 für ein 100%-Pensum und von Fr. 45'806.60 für das noch zumutbare 80%-Pensum. Da der Beschwerdeführer keine schweren körperlichen Arbeiten mehr verrichten kann (vgl. vorstehend Erw. 5.4) und er wegen seines fortgeschrittenen Alters im Vergleich zu jüngeren Bewerbern lohnmässig benachteiligt ist, rechtfertigt sich ein leidensbedingter Abzug. Dieser ist - grosszügigerweise - allerhöchstens auf 15 % festzusetzen. Für den beantragten Abzug von 25 % (vgl. Urk. 1 S. 10) sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie die anderen potentiell lohnmindernden Faktoren nicht schwerwiegend genug. Unter Berücksichtigung des behinderungsbedingten Abzuges resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 38'935.60. Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 68'755.-- führt dies zu einer Erwerbseinbusse von Fr. 29'819.40 und einem Invaliditätsgrad von 43 %.

6.2.4. Abschliessend ergibt sich daher, dass der Beschwerdeführer bei Verwertung der ihm zumutbaren Restarbeitsfähigkeit in einer einfacheren behinderungsangepassten Hilfstätigkeit im Rahmen eines Beschäftigungspensums von 80 % aufgrund des ermittelten Invaliditätsgrades von 43 % Anspruch auf die von der Verwaltung bereits zugesprochene Viertelsrente hat (vgl. Art. 28 Abs. 1 IVG). Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

## E. 7

7.1. Die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegenden Gerichtskosten (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzugewähren der unentgeltlichen Prozessführung sind die Verfahrenskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

7.2. Die Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsvertretung wird gestützt auf Art. 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht in Verbindung mit Art. 8 und Art. 9 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem

Sozialversicherungsgericht bemessen, wobei ein unnötiger oder geringfügiger Aufwand nicht ersetzt wird (Art. 8 Abs. 1). Der von Rechtsanwalt Kaspar Gehring mit Kostennote vom 1. Dezember 2008 (Urk. 38) geltend gemachte Aufwand von 20,5 Stunden erscheint unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses als etwas zu hoch bemessen. Der Zeitaufwand für das Verfassen der 10-seitigen Beschwerdeschrift und für das Aktenstudium von total 12 Stunden ist nicht nachvollziehbar und daher auf sechs Stunden zu kürzen. Beim gerichtlichen Ansatz von Fr. 200.-- ist dem Beschwerdeführer für den gesamten Aufwand von 14,5 Stunden unter Berücksichtigung der Spesen und Barauslagen von Fr. 135.30 eine Parteientschädigung von Fr. 3'266.-- (inklusive Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Zuzugewährt werden die unentgeltlichen Prozessführungskosten werden sie einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.
3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Kaspar Gehring, wird mit Fr. 3'266.-- (Honorar und Auslagenersatz, inklusive Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Kaspar Gehring
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5. Gegen diese Entscheidung 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).

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