

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00961 vom 26. August 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-08-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.00961](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00961)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00961 du 26 août 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00961 del 26 agosto 2009

## Erwägungen

### E. 2

/

### E. 3

Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. In Härtefällen besteht gemäss Art. 28 Abs. 1 bis IVG bereits bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente. Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen neuen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

2.3. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.4. Wurde eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades oder wegen fehlender Hilflosigkeit verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit (seit 1. März 2004: oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes) der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des

Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 Erw. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 Erw. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungsspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 75 Erw. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 Erw. 3a, 109 V 115 Erw. 2b).

2.5. Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, BGE 122 V 160 f. Erw. 1c, je mit Hinweisen).

### 3. Die Beschwerde

3.1. Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 12. Dezember 2006 (Urk. 8/41) eingetreten. Zu untersuchen ist nunmehr, ob sich der rechtserhebliche Sachverhalt zwischen der rechtskräftigen rentenabweisenden Verfügung vom 20. Mai 2005 (Urk. 8/19) und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. September 2008 (Urk. 2) in einer für den Rentenanspruch in derart wesentlicher Weise verändert hat (BGE 117 V 198 Erw. 3a mit Hinweis auf BGE 109 V 115 Erw. 2b), dass dem Beschwerdeführer nunmehr, wie geltend gemacht, eine Viertelsrente zusteht (BGE 130 V 77 Erw. 3.2.3).

3.2. Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass der Beschwerdeführer wie bereits im Zeitpunkt der ursprünglichen rentenabweisenden Verfügung vom 20. Mai 2005 nach wie vor in einer leidensangepassten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig sei. Ohne Behinderung sei er in der Lage, ein jährliches Einkommen von Fr. 74'665.25, bei einer behinderungsangepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % ein solches von Fr. 54'129.60 zu erzielen. Daraus resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 28 % (Urk. 2 und Urk. 7).

3.3. Demgegenüber bringt der Beschwerdeführer vor, ihm seien höchstens sehr leichte Tätigkeiten zumutbar. Nur schon aus diesem Grund sei ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen. Bei der Bestimmung dieses Abzuges seien nebst den erheblichen leidensbedingten Einschränkungen auch sein Alter, seine Nationalität sowie die rund 25-jährige Dienstzeit bei der Y. AG zu berücksichtigen. Denn so stehe ihm aufgrund der erwähnten Faktoren nur noch ein kleiner Beschäftigungsbereich im unteren Lohnsegment offen.

## E. 4

4.1. Massgebend für die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bei Erlass der Verfügung vom 20. Mai 2005 (siehe Feststellungsblatt vom 20. Mai 2005, Urk. 8/17) war der Bericht von Dr. Z. vom 10.

beziehungsweise 18. Januar 2005 (Urk. 8/11). Darin erstellte er beim Beschwerdeführer mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose einer schmerzhaften Periarthritis humero-scapularis (PHS) links mit Verdacht auf eine latente Infektion. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die koronare Herzkrankheit mit Myokardinfarkt mit erfolgreichem Stenting, die akzidentelle Ingestion mit Javel-Wasser mit Magengeschwür, ein Diabetes mellitus Typ 2, die Dyslipidämie sowie der Nikotinabusus. In der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer wegen der schmerzhaften Bewegungseinschränkung der linken Schulter nicht mehr arbeitsfähig. Eine leichtere Tätigkeit sei ihm aber ohne Weiteres zumutbar, da die übrige körperliche Konstitution sich zur Zeit in einem ordentlichen Zustand befinde. Dafür müsste er aber umgeschult werden. Die linke Schulter darf nicht belastet werden. Ferner standen der Beschwerdegegnerin sowohl der Arztbericht von Dr. med. M. \_\_\_\_, Rheumatologie FMH, vom 25. Februar 2005 (Urk. 8/13) als auch jener der Dres. med. N. \_\_\_\_, O. \_\_\_\_, der Klinik B. \_\_\_\_, vom 28. Februar/1. März 2005 zur Verfügung (Urk. 8/14). Während Dr. M. \_\_\_\_, bei welchem der Beschwerdeführer wegen der Schulterproblematik links vom 12. März 2003 bis 5. Januar 2004 in Behandlung gewesen war, über den aktuellen Zustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers keine Angaben machen konnte, erachteten die Dres. N. \_\_\_\_, O. \_\_\_\_, den Beschwerdeführer zwar wegen seiner Schulterbeschwerden in der angestammten Tätigkeit ab 2. Juni 2004 bis zu ihrer Berichterstattung als 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/14/5 lit. B), attestierten ihm jedoch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/14/4). Lediglich Heben und Tragen von schweren Gewichten über 25 kg bis Lendenhöhe und Heben über Brusthöhe sowie Arbeiten über Kopfhöhe seien dem Beschwerdeführer selten zumutbar (Urk. 8/14/3).

4.2.2.1 Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 4. September 2008 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

4.2.1.1 Dr. Z. \_\_\_\_, hat in seinem Bericht vom 20. Dezember 2006 (Urk. 8/43) angegeben, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert und die Diagnose geändert habe. So sei der insulinpflichtige Diabetes mellitus II trotz guter Compliance noch nicht gut eingestellt. Die daraus und aus der allgemeinen Arteriosklerose resultierende periphere Arteriopathie der Beine nehme an Symptomatik zu. Die Rückenschmerzen seien ohne körperliche Belastung durchaus erträglich. Zu schaffen mache dem Beschwerdeführer aber die behandlungsresistente Periarthropathie der linken Schulter bei Zustand nach Operation im Jahr 2005. Neu hinzugetreten sei eine Cataracta senilis beidseits, welche ihn beim Sehen stark beeinträchtige. Ein operativer Eingriff sei vorgesehen. Dazu komme eine chronische Blepharitis beidseits. Der allgemeine Gesundheitszustand des Beschwerdeführers werde langsam, aber stetig schlechter. Es sei nicht nur sein Schulterproblem, welches ihn daran hindere, eine gleiche Arbeitstätigkeit aufzunehmen, vielmehr mache ihn seine Multimorbidität unvermittelbar beziehungsweise unfähig, einer einigermaßen qualifizierten Tätigkeit nachzugehen. Dem Beschwerdeführer sei weder die angestammte, noch eine behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar (Urk. 8/43/4).

4.2.2.2 Gemäss Bericht von Dr. A. \_\_\_\_, der Klinik B. \_\_\_\_, vom 5. Februar 2007 leidet der Beschwerdeführer an unklaren Schmerzen in der Schulter links (DD: Bicepsstendinopathie) bei einem Status nach Schulterkontusion links (1/03). Am 8. Mai 2006 sei der Beschwerdeführer ihrer Sprechstunde zugewiesen worden. Zu diesem

Zeitpunkt habe eine Verschlechterung nach Physiotherapie bestanden. Eine strukturelle Läsion sei nicht festzustellen gewesen. Es sei eine symptomatische Weiterbehandlung der Restbeschwerden festgelegt worden. Zur Frage nach der aktuellen Arbeitsfähigkeit und dem effektiv zumutbaren Pensum liessen sich jetzt über ein halbes Jahr nach der letzten Konsultation keine Aussagen mehr machen (Urk. 8/49).

4.2.3 Aus dem Kurzaustrittsbericht der Klinik für Rheumatologie des S.\_\_\_\_ vom 28. April 2005 (Urk. 8/50) gehen folgende Diagnosen hervor:

1. Chronisches zervikothorakales Schmerzsyndrom  
- Fehlhaltung und Fehlform der Brustwirbelsäule  
2. Unklare Schulterschmerzen links  
- Schulterarthroskopie am 01.05.2005 in der Klinik B.\_\_\_\_  
- St. n. Rotatorenmanschettenrekonstruktion, Akromioplastik und Tenodese der Bizepssehne am 18.12.2003 wegen posttraumatischem anterosuperiorem Impingement bei Rotatorenmanschettenruptur

3. Koronare Herzkrankheit  
- St. n. PCI/Stenting med. RIVA 99% auf 0% und med Cx 80% auf 0%,  
5/04  
- St. n. anteriorem Myokardinfarkt, CK max. 912 U/L, 5/04  
- Echo: EF 49%  
- cvRF: Nikotin 100 py, pos FA, D.m. Typ 2, Dyslipidämie

4. Diabetes mellitus Typ 2, nicht insulinpflichtig  
- aktuell: ungenügend kontrolliert bei HbA1c 8.8%  
- Therapie mit OAD  
5. Arterielle Hypertonie  
6. Dyslipidämie  
- aktuell: unter Therapie Hypercholesterinämie und Triglyceridämie  
7. St. n. Ulcus ventriculi bei akzidenteller Laugen-Einnahme 10/04  
8. Chronisch-obstruktive Pneumopathie"

Der Beschwerdeführer sei vom 25. bis 29. April 2005 (Klinikaufenthalt) nicht arbeitsfähig gewesen. Ab 30. April 2005 sei er zu 0 % arbeitsunfähig. Im Weiteren führten die Ärzte aus, dass sich hinsichtlich des chronischen zervikalen Schmerzsyndroms nur eine leichte Besserung auf physikalische Massnahmen hin eingestellt habe. Diesbezüglich sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Ferner führten die Ärzte des S.\_\_\_\_ zur Diagnose Nr. 2 aus, dass die Bakteriologie in der Klinik B.\_\_\_\_ keinen Infekt gezeigt habe. Zur diesbezüglichen Arbeitsfähigkeit würden sich die Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_ äussern. Das HbA1c von 8,8 % spreche für eine schlechte Blutzuckereinstellung. Unter Diät, Glucophage und Amaryl seien die Blutzuckerwerte sehr gut eingestellt. Es werde eine ambulante Diätberatung mit der Ehefrau am 11. Mai im Hause stattfinden. Der Blutdruck sei unter etablierter Therapie gut eingestellt. Die Lungenfunktion zeige keine Ventilationsstörung. Der Beschwerdeführer sei nochmals ermutigt worden, endlich mit dem Rauchen aufzuhören.

4.2.4 Im Bericht der Klinik für Rheumatologie des S.\_\_\_\_ hat Dr. D.\_\_\_\_ am 18. April 2007 (Urk. 8/53) angegeben, dass nach dem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 24. bis 29. April 2005 keine weiteren Nachkontrollen stattgefunden hätten, weshalb eine weiterführende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich sei.

4.2.5 Die Augenärztin Dr. C. stellte in ihrem Bericht vom 12. März 2007 (Urk. 8/52) die Diagnosen einer Cataracta senilis rechts, Pseudophakie links (Operation am 28. Februar 2007) und einer chronischen Blepharitis beidseits sowie eines Diabetes mellitus ohne diabetische Retinopathie. Dr. C. schrieb diesen Beeinträchtigungen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu.

4.2.6 Die Gutachter des I. erstellten in ihrer Expertise vom 7. April 2008 über die Untersuchung vom 19. Februar 2008 (Urk. 8/61) beim Beschwerdeführer mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die folgende Diagnose:

1. Koronare Herzkrankheit (ICD-10 I25.9) - St. n. anteriorem Myokardinfarkt 20.05.2004 (ICD-10 I21.9) - St. n. Akut-PTCA/Stent RIVA und RCX 20.05.2004 - Eingeschränkte linksventrikuläre Pumpfunktion, LVEF 40-45 % (aktuelle Echokardiographie) - Eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit in der Fahrrad-Ergometrie, 93 Watt respektive 57 % der Sollleistung möglich (aktuelle Ergometrie) - Dyspnoe NYHA II, AP NYHA I - Kardiovaskuläre Risikofaktoren - positive Familienanamnese - fortgesetzter Nikotinkonsum (zirka 40 py) (ICD-10 F17.1) - metabolisches Syndrom (Vergleich Diagnose 5.2.1)

2. Chronische Schulterschmerzen beidseits mit Betonung der rechten Seite (ICD-10 M25.51) - klinisch freie Beweglichkeit beidseits - Status nach Schulterkontusion links am 13.1.2003 (ICD-10 S40.0) - Status nach Schulterarthroskopie, Bizepsentomie, AC-Resektion und Akromioplastik links am 19.12.2003 (Klinik B., Zürich) (ICD-10 Z98.8) - Status nach Schulterarthroskopie und Synovialbiopsie links am 1.5.2005 ohne Infektnachweis (Klinik B., Zürich) (ICD-10 Z98.8) 3. Chronische Zervikalgie ohne radikuläre Ausfälle (ICD-10 M54.2)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien (1) ein inkomplettes metabolisches Syndrom und (2) eine chronische Bronchitis.

Der Beschwerdeführer habe keinen erlernten Beruf. Zuletzt habe er als Produktionsmitarbeiter in einer Papierfabrik gearbeitet. Aus kardiologischer Sicht bestehe aufgrund der eingeschränkten linksventrikulären Pumpfunktion bei Status nach einem Myokardinfarkt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte sowie für sämtliche anderen körperlich schweren oder anhaltend mittelschweren Tätigkeiten. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten, welche vorwiegend im Sitzen ausgeübt werden könnten, bestehe eine zeitlich und leistungsmäßig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aus orthopädischer Sicht wirkten sich die chronischen Schulterschmerzen wie auch die chronische Zervikalgie einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter in einer Papierfabrik und in einer anderen schweren Arbeit aus. Für aus kardiologischer Sicht angepasste Tätigkeiten bestehe jedoch aus orthopädischer Sicht keine Leistungseinbuße. Auch in internistischer Hinsicht beständen bei Vorliegen eines insulinabhängigen Diabetes mellitus Typ 2 und einer

chronischen Bronchitis keine zusätzlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für aus kardiologischer Sicht adaptierte Tätigkeiten. Weder in psychiatrischer noch in anderweitig somatischer Hinsicht lägen Befunde oder Diagnosen vor, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkten. Somit resultiere aus polydisziplinärer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter sowie für andere körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten. Für körperlich leichte bis nur selten mittelschwere Tätigkeiten, welche vorwiegend sitzend ausgeübt werden könnten, bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinbuße. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der eigenen Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass die festgestellte Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit Dezember 2003 bestehe.

4.2.7.1 Vom 24. bis 28. März 2008 war der Versicherte in der Klinik für Innere Medizin des S.\_\_\_\_ hospitalisiert (Kurzaustrittsbericht vom 28. März 2008 [Urk. 8/59]). Anlässlich dieses Aufenthaltes diagnostizierten die Ärzte bei ihm nebst einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II eine koronare Dreifesselkrankung bei einer aktuell instabilen Angina pectoris. Während dieses Spitalaufenthaltes wurde die RIVA/RD1-Verzweigung (RIVA = Ramus interventricularis anterior; RD = Ramus diagonalis) erfolgreich dilatiert und gestentet. Anlässlich der kardiologischen Invasivdiagnostik fand sich auch eine signifikante 90%ige Rezidivstenose der medialen RCX (= ramus circumflexus). Der PLA1 und der RIVP (= Ramus interventricularis posterior) waren proximal komplett verschlossen. Da die linksventrikuläre Funktion abgenommen und mit 35 % stark eingeschränkt war, leiteten die zuständigen Ärzte eine zusätzliche diuretische Therapie ein. Zudem fand eine Anpassung der notwendigen (Herz-)Medikation statt, und es wurde vereinbart, dass nach vier bis sechs Wochen eine Re-Koronarangiographie stattfinden solle. Im Zusammenhang mit dem Diabetes mellitus konnte als Sekundärkomplikation eine Polyneuropathie bei vermindertem Vibrationssinn und Muskeleigenreflexen nachgewiesen werden. In gutem Allgemeinzustand konnte der Beschwerdeführer dann nach Hause entlassen werden.

Wie vorgesehen, wurde anlässlich eines erneuten Aufenthaltes des Beschwerdeführers in der Medizinischen Klinik des S.\_\_\_\_ vom 30. April bis 1. Mai 2008 eine Re-Koronarangiographie durchgeführt mit erfolgreicher Dilatation und Stenteinlage in den proximalen und medialen RCX. Der postinterventionelle Verlauf erwies sich als komplikationslos. Die linksventrikuläre Funktion war nach wie vor eingeschränkt, jedoch im Vergleich zum Spitalaufenthalt des Beschwerdeführers im März 2008 wieder knapp erhalten bei einer Ejektionsfraktion (= EF) von 55 %. Die zuständigen Ärzte empfahlen dringend ein vollständiges Absetzen des Nikotinkonsums, eventuell mit fachärztlicher und medikamentöser Unterstützung. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers machten die Ärzte keine Angaben (Urk. 8/63: Austrittsbericht Medizinische Überwachungsstation vom 30. April 2008).

Bei der Würdigung der medizinischen Akten fällt auf, dass sie hinsichtlich der Diagnosestellung und der erhobenen Befunde im Wesentlichen übereinstimmen. Abweichend präsentieren sich jedoch die Einschätzungen über die noch vorhandene Arbeitsfähigkeit. Währenddem der behandelnde Arzt, Dr. Z.\_\_\_\_, davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Multimorbidität nicht mehr in der Lage sei, einer einigermaßen qualifizierten Tätigkeit nachzugehen (Urk. 8/40 und

Urk. 8/43), kommen die Gutachter des I.\_\_\_\_ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit nach wie vor vollständig arbeitsfähig sei.

4.3.1   Das Gutachten des I.\_\_\_\_ erweist sich grundsätzlich als schlüssig und nachvollziehbar. Die Einschätzung der Gutachter erging unter Berücksichtigung der ihnen im Zeitpunkt ihrer Untersuchungen am 19. Februar 2008 zur Verfügung gestandenen Vorakten und der Anamnese, stützt sich auf die Angaben des Beschwerdeführers sowie die klinischen und laborm ssigen Untersuchungsergebnisse. Demgegenüber enthalten die Berichte von Dr. Z.\_\_\_\_ (Urk. 8/40 und Urk. 8/43) keine detaillierten Angaben zu den erhobenen Befunden und ist seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgesehen vom Hinweis auf die beim Beschwerdeführer vorhandene Multimorbidität nicht näher begründet. Aus den Berichten von Dr. Z.\_\_\_\_ gewinnt man den Eindruck, dass er sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vornehmlich auf die Angaben des Beschwerdeführers gestützt hat, ohne diese kritisch zu würdigen. Aufgrund der beim Beschwerdeführer festgestellten Selbstlimitierung und der regressiven Verhaltensweise (Urk. 8/61 S. 9) hätte er sich dazu aber veranlasst sehen müssen. Ferner ergeben sich aus dem Gutachten Indizien dafür, dass der Beschwerdeführer - entgegen der Annahme von Dr. Z.\_\_\_\_ (Urk. 8/43) - die ihm verschriebenen Medikamente nicht regelmässig einnahm. So stellten die Gutachter des I.\_\_\_\_ eine Diskrepanz fest zwischen der gegenüber zwei verschiedenen Untersuchern angegebenen regelmässigen Medikamenteneinnahme und des nicht nachweisbaren Wirkstoffspiegels für Ibuprofen, dem Wirkstoff von Irfen, von welchem der Beschwerdeführer angebe, dass er regelmässig morgens und abends eine Tablette nehme und nur am Untersuchungsmorgen ausnahmsweise auf die Einnahme verzichtet habe. Da nach der Einnahme von 80 mg retardiertem Ibuprofen davon auszugehen sei, dass auch nach zwölf Stunden ein Wirkstoffspiegel im Bereich des unteren Referenzwertes gefunden werde, schliesse ein unmessbar tiefer Wirkstoffspiegel die Einnahme des Medikamentes am Vorabend aus. Somit bestehe die Möglichkeit, dass auch andere vom Exploranden gemachten Angaben nicht zutreffen würden (Urk. 8/ 61 S. 19 und 20). Aufgrund des Gesagten vermag die anderslautende Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_ die Zuverlässigkeit des Gutachtens des I.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen.

4.3.2   In Bezug auf die orthopädische Untersuchung, die Beurteilung der damit erhobenen Befunde und der sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (Urk. 8/61/10-15) kann vollumfänglich auf das Gutachten des I.\_\_\_\_ abgestellt werden. Der begutachtende Orthopäde, Dr. med. P.\_\_\_\_, konnte anlässlich seiner eingehenden Untersuchung vom 19. Februar 2008 die vom Beschwerdeführer geklagten Schulter- und Nackenbeschwerden sowie die vom rechten Knie bis in den Fersenbereich ausstrahlenden Schmerzen durch die von ihm erhobenen objektivierbaren Befunde nicht erklären. Der ebene Gang mitsamt den geprüften Varianten waren unauffällig. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeigte sich eine freie Beweglichkeit in sämtlichen Abschnitten. An den oberen und unteren Extremitäten bestand eine freie Beweglichkeit bei guter Kraftentfaltung. An den Schultergelenken fehlten Hinweise für eine relevante Pathologie, und auf neurologischer Ebene zeigten sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems (Urk. 8/61/13). Auch in Bezug auf die psychiatrische Untersuchung (Urk. 8/61/7-10), welche - ausser einer Schmerzverarbeitungsstörung ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - keine psychiatrische Störung mit Krankheitswert

ergeben hatte, kann vollumfänglich auf das Gutachten des I.\_\_\_\_ abgestellt werden. Der Beschwerdeführer bringt denn auch nichts vor, was gegen die Zuverlässigkeit dieser Beurteilung spricht, und aus den medizinischen Akten ergeben sich ebenfalls keine Hinweise, dass diese in Frage zu stellen wäre.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist festzuhalten, dass dem I.\_\_\_\_-Gutachten sowohl in Bezug auf die orthopädische als auch die psychiatrische Befunderhebung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vorbehaltlos gefolgt werden kann.

4.3.3Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hingegen ergeben sich in Bezug auf die kardiologische Untersuchung, beziehungsweise der daraus vom Kardiologen Dr. med. Q.\_\_\_\_ gezogenen Schlüsse doch erhebliche Zweifel an deren Aussagekraft bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 4. September 2008. Anlässlich seiner Untersuchung vom 19. Februar 2008 (Urk. 8/61/15-17) lag Dr. Q.\_\_\_\_ offensichtlich lediglich ein Bericht des S.\_\_\_\_ vom November 2004 vor (Urk. 8/61/17 Ziff. 4.3.6), der sich nicht in den Akten befindet. Nach der Begutachtung vom 19. Februar 2008 musste sich der Beschwerdeführer jedoch drei Mal in der Medizinischen Klinik, Kardiologie, des S.\_\_\_\_ einer Koronarangiographie unterziehen. Anlässlich des ersten Spitalaufenthaltes vom 24. bis 28. März 2008 (Urk. 8/59) diagnostizierten die zuständigen Ärzte eine koronare Dreifesselkrankung - während Dr. Q.\_\_\_\_ noch von einer Zweifesselkrankung ausgegangen war (siehe Urk. 8/61/16) -, führten eine Dilatation der RIVA/RD1-Verzweigung durch und implantierten einen Stent. Zur Behebung der anlässlich dieses stationären Aufenthaltes entdeckten 90%igen Rezidivstenose der medialen RCX hielt sich der Beschwerdeführer vom 30. April bis 1. Mai 2008 wiederum in der Kardiologie des S.\_\_\_\_ auf, wo eine Re-Koronarangiographie mit Dilatation und Stenteinlage in den proximalen und medialen RCX vorgenommen wurde (Urk. 8/63). Beide Male konnte der Beschwerdeführer in grundsätzlich gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden, über Angina Pectoris klagte er nach dem stationären Aufenthalt vom März 2008 nicht mehr, und nach der stationären Behandlung vom 30. April bis 1. Mai 2008 war auch die linksventrikuläre Funktion wieder knapp erhalten bei einer EF von 55 % (siehe auch Erw. 4.2.8). Obwohl zur Beurteilung der Gesetzmässigkeit einer angefochtenen Verfügung in der Regel der Sachverhalt massgebend ist, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war - im Falle des Beschwerdeführers ist das der 4. September 2008 (Urk. 2) -, rechtfertigt sich, auch noch den Bericht der Kardiologie des S.\_\_\_\_ vom 24. November 2008 (Urk. 10) zu berücksichtigen, da der dritte Eingriff am Herzen des Beschwerdeführers in einem engen medizinischen Zusammenhang mit der seit März 2008 dokumentierten kardiologischen Krankengeschichte steht und nicht auszuschliessen ist, dass die Ursachen der Beschwerden, welche im November 2008 zur dritten stationären Behandlung geführt hatten, schon vor Erlass der strittigen Verfügung bestanden. Während des dritten Aufenthaltes des Beschwerdeführers in der Kardiologie des S.\_\_\_\_ vom 24. bis 25. November 2008 erwies sich einerseits, dass die im März und April/Mai 2008 durchgeführten Eingriffe gute Langzeitergebnisse zeigten. Andererseits konnten als mögliche Ursache der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (seit zwei Wochen auftretende linksthorakale Schmerzen, die in den linken Oberarm ausstrahlten, siehe Urk. 10 S. 2) ein chronisch verschlossener mittlerer RIVP und des ganz distalen RIVA (teilinfarziert) sowie ein chronischer Verschluss des 1. Mg-Astes erhoben werden. Letzterer wurde rekanalisiert und mit einem beschichteten Stent versorgt. Der



Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. \_\_\_\_\_

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 10 und Urk. 11

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

4. 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.