

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2002.00523 vom 27. Oktober 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-10-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2002.00523

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2002.00523 du 27 octobre 2003

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2002.00523 del 27 ottobre 2003

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.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss 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 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). Ä

2.3 Ä Ä Ä Die Verfügung über eine befristete Invalidenrente enthält gleichzeitig die Gewährung der Leistung und die Revision derselben (EVGE 1966 S. 130 Erw. 2; ZAK 1984 S. 133 Erw. 3). Wird vom Zeitpunkt des Verfügungserlasses an rückwirkend eine Rente zugesprochen und diese für eine weitere Zeitspanne gleichzeitig herabgesetzt oder aufgehoben, so sind nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anwendbar (BGE 121 V 275 Erw. 6b/dd; AHI 2002 S. 64 Erw. 1, 1999 S. 246 Erw. 3a; vgl. auch BGE 125 V 417 f. Erw. 2d). Nach Art. 41 IVG ist eine Rente für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der Invalidität der Person, die eine Rente bezieht, in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Setzt die Verwaltung bei der Leistungszusprechung die Rente nach Massgabe der Veränderung des Invaliditätsgrades rückwirkend herab oder hebt sie sie auf, richtet sich der Zeitpunkt der Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung rechtsprechungsgemäss nach Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; BGE 125 V 417 f. Erw. 2d, 109 V 125, 106 V 16). Danach ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (BGE 109 V 126 f. Erw. 4a; AHI 2001 S. 159 f. Erw. 1 und S. 278 Erw. 1a,

1998 S. 121 Erw. 1b, ZAK 1990 S. 518 Erw. 2 mit Hinweis). Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa mit Hinweisen).

2.4 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2.5 Die Verwaltung als verfassende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Aufl., Bern 1984 S.

136). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste wärdigen (BGE 126 V 360 Erw. 5b, 125 V 195 Erw. 2, je mit Hinweisen).

3. Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

3.1 Die Beschwerdegegnerin hat in der Beschwerdeantwort vom 28. November 2002 die teilweise Wiedererwägung der angefochtenen Verfassung in Aussicht gestellt, und zwar in dem Sinne, dass vom 1. Juli bis 31. Dezember 2000 eine ganze Rente geschuldet sei, und stellte insofern den Antrag auf eine teilweise Gutheissung der Beschwerde (Urk. 7).

Vom Unfallzeitpunkt an war der Beschwerdeführer während des Wartejahres (Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG) gänzlich arbeitsunfähig, dies wurde ihm ärztlicherseits ab 1. Juli 1999 über den Juli 2000 hinaus attestiert, was auch seitens des Unfallversicherers anerkannt wurde und zu Taggeldleistungen in diesem Umfang führte (Urk. 8/31/25,

8/31/39, 8/31/6, 8/31/7). Damit besteht ab 1. Juli 2000 auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 100 % ein Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung. Hinsichtlich des Zeitpunkts des Rentenbeginns und der Höhe des Rentenanspruchs ab Rentenbeginn ist dem Beschwerdeführer damit Recht zu geben. Entgegen dessen Ansicht (Urk. 15 S. 2) liegt damit aber keine teilweise Gegenstandslosigkeit der Beschwerde vor, die zur teilweisen Abschreibung des Verfahrens führen würde, da die Beschwerdegegnerin bis zur Einreichung der Beschwerdeantwort über diesen Anspruch nicht neu verfügt hat und eine solche Verfügung auch nachträglich dem Gericht nicht eingereicht wurde.

3.2 Streitig und durch das Gericht zu präzisieren ist dagegen, wie lange diese ganze Rente andauerte, im Besonderen ob seit Januar 2001 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von weniger als $66 \frac{2}{3}$ % nur noch Anspruch auf eine (unbefristete) halbe Invalidenrente besteht. Dies ist dann der Fall, wenn auf diesen Zeitpunkt eine revisionsrechtlich relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist.

4. Streitgegenstand

4.1 Aus den medizinischen Akten ergibt sich folgendes Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie die Entwicklung von dessen Arbeitsfähigkeit seit dem Unfallgeschehen am 1. Juli 1999:

4.2 Am 1. Juli 1999 stürzte der Versicherte während der Arbeit aus ca. drei Metern Höhe von einer Leiter auf die linke Schulter. Am 17. August 1999 wurde ein MRI durchgeführt, welches eine wahrscheinliche Tendinopathie der langen Bizepssehne, einen Reizerguss im Schultergelenk und eine mässige Arthrose ergab. Dr. med. F. ____, Facharzt FMH für Chirurgie, diagnostizierte am 24. September 1999 eine stumpfe Läsion der Rotatorenmanschette der linken Schulter sowie eine posttraumatische Tendinopathie der 1. Sehne des Musculus Bizeps links und empfahl eine 6-8 wöchige Physiotherapiebehandlung. Eine kreisärztliche Untersuchung am 5. Oktober 1999 ergab eine volle Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Hilfselektriker, bei der praktisch ausschliesslich Überkopfarbeiten auszuführen waren (Urk. 8/31/28-33).

4.3 Vom 20. Oktober bis am 17. November 1999 begab sich der Versicherte zur stationären Therapie in die Baderklinik zum Schiff, Baden. Das während dieser Zeit durchgeführte psychosomatische Konsilium in der Rehaklinik Bellikon vom 5. November 1997 ergab keine Hinweise auf eine psychische Erkrankung. Zeichen für eine Symptomausweitung seien vorhanden, der Versicherte betone auch im Gespräch seine Beschwerden deutlich, er wirke dabei jedoch nicht theatralisch. Spezifische depressive Symptome seien nicht vorhanden (Bericht vom 17. November 1999; Urk. 8/13/4). Beim Austritt aus der Baderklinik zum Schiff, wo sich der Beschwerdeführer verschiedenen Therapiemassnahmen unterzogen hatte, wurde er für schwere körperliche Arbeiten als Hilfsarbeiter auf dem Bau noch als vollständig arbeitsunfähig erachtet. Für leichte, leidensangepasste Arbeiten sei er ganztags einsetzbar. Die Wiederaufnahme dieser Tätigkeit sollte schrittweise erfolgen. Ab dem 22. November bis am 30. November 1999 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, und ab dem 1. Dezember 1999 betrage die Arbeitsfähigkeit in der erwähnten Tätigkeit mit den beschriebenen Einschränkungen wieder 100 %. Gegenüber den Ärzten klagte der Versicherte über Schmerzen im Arm, die bis in den Kopf ausstrahlten und auch den Schlaf stark störten. Die Ärzte legten ihrer Beurteilung die Diagnose einer therapieresistenten Periarthropathia

humero-scapularis links zu Grunde, wobei sie gleichzeitig darauf hinwiesen, dass der Versicherte eine demonstrative Schonhaltung zeige (Urk. 8/13/3).

4.4. Die Orthopädische Universitätsklinik Balgrist diagnostizierte anlässlich der Schulersprechstunde vom 23. Februar 2000 eine Frozen shoulder posttraumatisch mit Partial-Ruptur der Subscapularis-Sehne im cranialen Anteil und Luxation der Bizepssehne. Diese Diagnose stellte sie aufgrund eines MRI vom 7. Januar 2000, auch klinisch imponiere das Bild einer Frozen shoulder. Die Ärzte diskutierten ein operatives Vorgehen, das nach weiteren physiotherapeutischen Behandlungen in Betracht zu ziehen sei. Ihrer Ansicht nach bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 3/2 = Urk. 8/13/12). Die weiteren Verlaufskontrollen in der Klinik Balgrist ergaben keine Besserungen der gesundheitlichen Situation. Weiterhin zeigten sich Atrophien im Bereich der linken Schulter, Druckdolenzen im Bereich der ganzen Schulterregion und eine eingeschränkte Beweglichkeit des Schultergelenks (Urk. 8/13/10+11). Deshalb wurde der Versicherte anlässlich eines stationären Aufenthaltes in der Klinik Balgrist (3.-13. Mai 2000; vgl. 8/13/8) am 4. Mai 2000 operativ versorgt (Schulterarthroskopie links mit Bicepstenotomie, Capsulotomie, Rotatorenmanschetten-Débridement und Bursoskopie; Operationsbericht vom 25. Mai 2000, Urk. 8/13/7). Am 3. Juli 2000 berichtete die Klinik Balgrist von einer objektiven Verbesserung des Bewegungsumfanges. Der Versicherte klagte jedoch weiterhin über starke Schmerzen in der Schulter mit Ausstrahlung bis in die Finger, wobei die Schmerzen auch nachts vorhanden seien. Der Versicherte nehme weiterhin viel Schmerzmittel ein. Die Ärzte attestierten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 3/5 = Urk. 8/13/6).

4.5. Vom 31. Juli bis am 13. September 2000 begab sich D. ___ zur stationären Rehabilitation in die Rehaklinik Bellikon. Im Austrittsbericht vom 11. September 2000 erhob die Rehaklinik bewegungs- und belastungsabhängige myofasziale Oberarm-/Schulterbeschwerden links (mit Bewegungseinschränkungen im linken Schultergelenk, vor allem der Abduktion, mit einer mässiggradigen Atrophie des Deltoideus, Supra- und Infraspinatus links, mit einer Ausstrahlung der Symptomatik linksseitig in den Nacken und Kopf mit mässiggradiger schmerzhafter HWS-Beweglichkeitseinschränkung sowie einem verminderten Kraftfaustschluss links [adominante Seite], ohne Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik bei einem Status nach Rotatorenmanschettenrevision links bei posttraumatischer Frozen shoulder am 4. Mai 2000 sowie einem Status nach Schulterkontusion links am 1. Juli 1999). Weiter erwähnten die Ärzte den schon früher von ihnen festgehaltenen Verdacht auf eine Symptomausweitung. Trotz intensiver und sorgsam geführter Physiotherapie sei es nicht gelungen, das Schmerz- und Funktionsbild wesentlich zu beeinflussen. Die schwierige Kooperation seitens des Versicherten sei ein limitierender Faktor gewesen, indem dieser nicht bereit gewesen sei, seinen Arm auch nur für leichteste Belastungen vermehrt einzusetzen. Er habe unter Therapie regelmässig über verstärkte Beschwerden, vor allem über Kopfbeschwerden geklagt, bei welchen es sich vor allem um myofasziale Beschwerden im linken Nacken-/Schultergürtelbereich gehandelt habe. Man werde noch eine Zeit lang ambulante Therapie betreiben, um die Schulterfunktion zu verbessern. Es sei mit einer bleibenden Behinderung zu rechnen, so dass der Arm in Zukunft lediglich für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten einsetzbar sein werde. Als Hilfsarbeiter auf dem Bau werde der Versicherte nicht mehr arbeiten können. Bei Austritt aus der Klinik bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 3/7 = Urk. 8/13/2).

4.6. Im Bericht vom 23. September 2000 bestätigte Dr. F. ___ gegenüber der IV-Stelle bei bekannter Diagnose eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten im angestammten Beruf seit dem 1. Juli 1999. In einer leidensangepassten Verweisungstätigkeit sei er halb- bis ganztags arbeitsfähig (Urk. 8/13/1).

4.7. Am 30. Oktober 2000 hielt die Klinik Balgrist fest, dass durch die Physiotherapie eine praktisch symmetrische Bewegungsfähigkeit des Armes, allerdings noch bei leichtem Schmerz, habe erreicht werden können. Da eine weitere Verbesserung durch Physiotherapie nicht mehr erreicht werden könne, finde am 1. November 2000 die letzte Physiotherapiesitzung statt. Die weitere Arbeitsunfähigkeit müsse die SUVA festlegen (Urk. 8/31/14). Am 13. November 2000 attestierte die Klinik Balgrist dem Versicherten aber weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für weitere sechs Wochen, während denen Physiotherapie durchgeführt werde. In der Folge empfehle man einen Arbeitsversuch (Urk. 3/6).

4.8. Dr. C. ___ gegenüber, der den Versicherten am 20. Dezember 2000 für die SUVA untersuchte, klagte der Beschwerdeführer über enorme Schlafprobleme, Schmerzen in den Augen, Kopf- und Nackenschmerzen sowie über im Vordergrund stehende Schmerzen im linken Arm. Er könne den linken Arm nicht mehr gebrauchen (Urk. 3/4 S. 2). Der Arzt stellte auf der linken Seite ein deutliches Absinken des linken Schultergürtels und eine am linken Arm verschmälerte und vermindert tonisierte Muskulatur fest. Die Beweglichkeitsprüfung ergab aktiv erhebliche Einschränkungen, während passiv die Beweglichkeit besser war. Dr. C. ___ führte in seinem Bericht vom 21. Dezember 2000 aus, unter Berücksichtigung der gesamten Problematik könne nicht erwartet werden, dass der Versicherte seinen linken Arm für eine berufliche Tätigkeit einsetzen könne. Reduziert auf rein somatisch erklärbare Befunde wäre eine Tätigkeit unterhalb Schulterhöhe vollschichtig zumutbar, sofern der linke Arm nicht für kraftfordernde Abduktions- und Flexionsbewegungen im Schultergelenk eingesetzt werden müsste. Er könne aber für Haltefunktionen und auch für feinmotorische Einsätze der linken Hand gebraucht werden. Schaufeln und Pickeln sei nicht zumutbar, Gerüstklettern mit Haltefunktionen des hochgehobenen linken Armes sei ebenfalls nicht sinnvoll. Ungünstig sei auch das Tragen schwerer Lasten mit dem linken Arm. Sämtliche Tätigkeiten mit der rechten oberen, dominanten Extremität seien unbeschränkt möglich (Urk. 3/4). Dr. C. ___ ging sodann bei der Beurteilung des Integritätsschadens davon aus, der Beschwerdeführer leide an einer postkontusionellen schmerzhaften Schultersteife mit Symptomausweitung ohne eindeutiges unfallkausales somatisches Korrelat. Die Behinderung könne aufgrund der Gesamtproblematik nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit als dauernd und erheblich bezeichnet werden. Die Beurteilung des Integritätsschadens sei in ca. ein bis zwei Jahren vorzunehmen, da dies aktuell nicht möglich sei (Urk. 14/43 im Verfahren UV.2001.00140).

4.9. Dr. med. E. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, explorierte den Versicherten am 3. Juli 2001 zuhause der IV-Stelle und diagnostizierte eine psychoreaktive depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige depressive Episode) mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11). Vom psychischen Zustand her sei eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgewiesen. Dies gelte sowohl für die bisherige Tätigkeit als auch für alle anderen dem körperlichen Leiden angepassten Tätigkeiten. Der Beginn der depressiven Entwicklung müsse ab Herbst 2000 eingesetzt haben (Gutachten vom 3. Juli 2001; Urk. 8/11).

4.10. Im Bericht vom 31. Dezember 2001 diagnostizierte Dr. F. aus somatischer Sicht nebst den Schulterbeschwerden zusätzlich eine beginnende Gonarthrose beidseits mit Knie-Schmerzbeschwerden (seit dem 18. April 2001). Insoweit habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der letztmaligen Beurteilung (23. September 2000) eher verschlechtert. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Versicherte seit Mitte 2001 halbtags arbeitsfähig, derweil er nicht mehr in seinen angestammten Beruf zurückkehren könne (Urk. 8/9).

E. 5

5.1. Es steht aufgrund der zitierten Akten fest, dass der Versicherte allein aus somatischer Sicht auch über Ende Dezember 2000 hinaus nicht mehr in der Lage war, in seinen angestammten Beruf als Hilfeelektriker zurückzukehren, weshalb sich die Frage nach der Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit stellt.

5.2.1

5.2.1. Gemäss dem Gutachten des Psychiaters Dr. E. vom 3. Juli 2001 war der Versicherte seit Herbst 2000 in jeder aus physischer Sicht in Frage kommenden Tätigkeit aus psychiatrischen Gründen zu 50 % eingeschränkt. Auf diese sorgfältige, den massgeblichen Kriterien eines beweistauglichen medizinischen Gutachtens entsprechende Einschätzung ist abzustellen, zumal sie von den Parteien unbestritten geblieben ist (Urk. 1 S. 5 unten). Diese medizinische Einschätzung führte letztlich auch zur Zusprache einer halben Invalidenrente ab dem 1. Januar 2001.

5.2.2. Was die Restarbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht anbelangt, so mutete der SUVA-Kreisarzt Dr. C. dem Versicherten am 21. Dezember 2000 wieder eine 100%ige Arbeitsaufnahme in einer leidensangepassten Tätigkeit zu. Darauf hat die Beschwerdegegnerin nach Beizug der Unfallakten offenbar abgestimmt und ab Januar 2001 einen zusätzlichen Rentenanspruch aus rein somatischen Gründen verneint. Der Beschwerdeführer bestreitet, aus somatischen Gründen ab jenem Zeitpunkt im Umfange einer Vollzeitstelle eine leidensangepasste Tätigkeit ausüben zu können.

Hinsichtlich der Frage einer allfälligen Verbesserung der Restarbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht ab Januar 2001 kann nicht auf den Bericht von Dr. C. abgestellt werden: Zunächst stellt der Chirurg massgeblich auf die Beurteilung der Bänderklinik zum Schiff vom 29. November 1999, wonach bereits ab dem 1. Dezember 1999 wieder eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bestanden habe, ab. Diese Einschätzung erwies sich jedoch offensichtlich als zu optimistisch, gingen in der Folge doch sowohl die Klinik Balgrist im Februar, April und Juli 2000 als auch die Rehaklinik Bellikon im September und Oktober 2000 weiterhin von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Versicherten aus. Denn wie seitens der Bänderklinik zum Schiff verkannt und erst Anfang 2000 durch die Ärzte der Klinik Balgrist zunächst vermutet worden war und wie sich anschliessend der Arthroskopie dann bewahrheitet hatte, bestanden tatsächlich Rupturen im Bereich der Rotatorenmanschetten, zudem zeigte sich die Gelenkkapsel stellenweise verdickt und entzündet. Als Folge der Unfalls diagnostizierte die Klinik Balgrist am 25. Mai 2000 eine Frozen shoulder, ohne ein auffälliges Verhalten des Versicherten während der bei ihnen ausgeführten zahlreichen Therapien festzuhalten (Urk. 8/13/7). Demgegenüber scheint Dr. C. in seinem Abschlussbericht der Diagnose einer Frozen shoulder skeptisch gegenüber zu stehen, indem er sie als fraglich teilweise inaktivitätsbedingt bezeichnete. Offensichtlich liess er sich bei der

Beurteilung der Arbeitsfähigkeit entscheidend von der seiner Ansicht nach vorhandenen und für das Ausmass der Funktionsbeeinträchtigungen vor allem verantwortlichen somatoformen Schmerzstellung mit Symptomausweitung leiten, die anscheinend seiner Meinung nach schon bald vorgelegen haben muss. Diese Diagnose war jedoch Ende 1999 nur als Verdacht formuliert worden und damit in einem Zeitpunkt, als der volle Umfang der Verletzung noch nicht bekannt gewesen war (Urk. 8/13/4). Sie wurde vom Facharzt Dr. E. ___ in der Folge nicht bestätigt, vielmehr ist seinen Ausführungen zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer - jedoch erst seit Herbst 2000 - an einer reaktiven depressiven Störung leidet (Urk. 8/11). Ob aus somatischen Gründen nach der immer wieder sowohl von den Ärzten der Klinik Balgrist wie schliesslich auch von den Ärzten der Rehaklinik Bellikon (Urk. 8/13/2) gestellten Diagnose der Frozen shoulder ab Januar 2001 ein ganztägiger erwerbsmässiger Einsatz mit dem linken Arm zumutbar ist, erscheint nach dem Gesagten als fraglich. Unklar ist auch, ob dem Beschwerdeführer eine entsprechende Arbeitsfähigkeit nur unter Einnahme von Schmerzmitteln zuzumuten ist. Dr. E. ___ zeigte er eine Vielzahl von Medikamenten, worunter sich durchaus Medikamente zur Behandlung des somatischen Leidens und der Schmerzen und nicht zur Behandlung der Depression befanden (Urk. 14/64 S. 2 f.). Dr. C. ___ hatte sich darüber kein Bild gemacht. Der interne Abschlussbericht von Dr. C. ___ erweist sich nach dem Gesagten für die Fragen einer allfälligen Verbesserung der Restarbeitsfähigkeit ab Januar 2001 als nicht hinreichend zuverlässig. Es drängen sich daher weitere medizinische Abklärungen aus somatischer Sicht auf, wie dies auch im parallelen Verfahren betreffend die Unfallversicherung festgestellt worden ist (Urteil von heute im Verfahren UV.2001.00140). Der Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung ist daher vorab bis 31. Dezember 2000 ausgewiesen.

5.3. Die Sache ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ergänzende medizinische Abklärungen über die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht ab dem 1. Januar 2001 in die Wege leite. Dabei wird auch die Einschätzung des Dr. F. ___ vom 31. Dezember 2001 zu berücksichtigen sein (Urk. 8/9), welche noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung ergangen war. Die nachfolgende Invaliditätsgradbemessung wird rechtsprechungsgemäss mit derjenigen der SUVA zu koordinieren sein, soweit Unfallfolgen betroffen sind (BGE 126 V 291 f. Erw. 2a mit Hinweisen; Art. 16 ATSG). Im Falle einer Herabsetzung des Rentenanspruchs wird insbesondere auch Art. 88a Abs. 1 IVV zu beachten sein.

6. Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Nach ständiger Rechtsprechung gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. Erw. 5 mit Hinweisen), weshalb Anspruch auf eine Prozessentschädigung besteht. In der Kostennote vom 19. Juni 2003 weist sich der mit Verfügung vom 10. Oktober 2002 (Urk. 4) zum unentgeltlichen Rechtsbeistand des Beschwerdeführers bestellte Rechtsanwalt Dr. K. Sintzel über einen Aufwand von 10 Stunden und 10 Minuten sowie über Barauslagen von Fr. 75.30 aus (Urk. 21). Dies erscheint der Sache aufgrund der massgeblichen Kriterien angemessen, weshalb der unentgeltliche Rechtsbeistand Anspruch auf eine Prozessentschädigung von Fr. 2'269.-- (inklusive Barauslagen und

Mehrwertsteuer) hat.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verurteilung vom 27. August 2002 aufgehoben und festgestellt, dass der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Juli 2000 bis 31. Dezember 2000 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat, und es wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie über den Rentenanspruch ab 1. Januar 2001 nach ergreifenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu befinde.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsbeistand des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. K. Sintzel, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'269.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Kurt Sintzel

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherung

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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