

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00344 vom 27. Juni 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-06-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00344

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00344 du 27 juin 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00344 del 27 giugno 2008

Erwägungen

E. 1

1.1. Der Einspracheentscheid datiert vom 28. Februar 2006, weshalb die am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006 und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007 (5. IV-Revision) nicht anwendbar sind (BGE 129 V 354 Erw. 1 S. 356).

1.2. Die Beschwerdegegnerin hat die Bestimmungen und Grundsätze über die Invalidität (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], Art. 4 Abs. 1 IVG), die Invaliditätsbemessung bei erwerbstätigen Versicherten nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 130 V 343 ff.), die Voraussetzungen und den Umfang des Rentenanspruchs (Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2003 und ab 1. Januar 2004 bis Ende 2007 gültigen Fassung) zutreffend dargelegt. Gleiches gilt hinsichtlich der Aufgabe des Arztes bei der Invaliditätsbemessung (BGE 125 V 256 Erw. 4 S. 261). Darauf wird verwiesen.

Zu ergänzen bleibt, dass die von der Beschwerdegegnerin angeführte Bindungswirkung einer für die Unfallversicherung rechtskräftigen Invaliditätsbemessung von der Rechtsprechung dahingehend relativiert wurde, dass sich die IV-Stelle nicht ohne weitere Prüfung mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrades des Unfallversicherers begnügen darf. So bestehen etwa häufig nicht bloss unfallbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen, und auch schon der unterschiedliche Rentenbeginn in der Invalidenversicherung und Unfallversicherung, die Abänderbarkeit des Invaliditätsgrades im Laufe der Zeit sowie das regelmässig zeitliche Auseinanderfallen der jeweiligen Rentenverfügungen und -entscheide stellen eine Bindung an die Invaliditätsschätzung des anderen Sozialversicherungsträgers in Frage (vgl. BGE 133 V 549 S. 553 ff.).

1.3. Das ATSG (in Kraft seit 1. Januar 2003) hat hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine substantiellen Änderungen gebracht, weshalb die davor hierzu ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (BGE 130 V 343 ff.); hieran hat die 4. IV-Revision (in Kraft seit 1. Januar 2004) nichts geändert (vgl. etwa unveröffentlichtes Urteil des Bundesgerichts in Sachen U. vom 16. Januar 2008, I 128/07, Erw. 2).

2. Der Beschwerdeführer lässt die Rentenaufhebung per Ende Mai 2005 beanstanden. Ob auch die Rentenabstufungen in Zweifel gezogen werden, kann offen bleiben, da rechtsprechungsgemäss auch in Fällen, in denen lediglich die Befristung der Leistung angefochten wird, die gerichtliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne

eingeschränkt ist, dass unbestrittene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert blieben (BGE 125 V 417 Erw. 2d mit Hinweisen; ferner BGE 131 V 165 Erw. 2.2).

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin ist der Auffassung, es lägen reine Unfallfolgen vor, weshalb eine Pflicht zur Koordination mit dem Unfallversicherer bestehe. Da dem Beschwerdeführer ab 1. Juni 2006 eine behinderungsangepasste Tätigkeit wieder voll zumutbar und mit dem Unfallversicherer von einem Invaliditätsgrad von lediglich 25 % auszugehen sei, müsse die halbe Rente per Ende Mai 2006 aufgehoben werden. Nebst den auf die Unfälle vom 8. März 1975 (rechter Fuss) und vom 23. Mai 2004 (linke Schulter) zurückzuführenden gesundheitlichen Einschränkungen lägen zwar auch unfallfremde Beschwerden vor. Diese vermöchten aber keine here Arbeitsunfähigkeit zu bewirken (Urk. 2, 7/143/3-5).

3.2 Demgegenüber macht der Beschwerdeführer geltend, es beständen mehrere auch unfallfremde Leiden, welche bezüglich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in ihrer Gesamtheit zu wärdigen seien, was zusätzliche medizinische Abklärungen erfordere (Urk. 1).

E. 4

4.1 Die wichtigsten neueren medizinischen Akten ergeben hinsichtlich der vom Beschwerdeführer genannten Leiden (Beeinträchtigungen im Bereich des rechten und linken Fusses, in beiden Schultern, am rechten Ellenbogen, Schmerzen am rechten und linken Knie sowie in der linken Hüfte, Rückenschmerzen, Leistenprobleme, Herzleiden, Bluthochdruck und Diabetes; vgl. etwa Urk. 7/148 mit Hinweis auf Urk. 7/149, ferner Urk. 7/132/3) folgendes Bild:

E. 4.2

4.2.1 In der Zeit von Juli 2002 bis Januar 2003 stand der Versicherte wegen eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms sowie eines Sakroiliakalgelenksyndroms (SIG-Syndrom) in ärztlicher Behandlung, wobei unter anderem die Intervertebralgelenke L3/4, L4/5 und L5/S1 sowie das SIG tief lumbal infiltriert wurden (Berichte Klinik H. ____, '____', vom 22. und 30. Juli 2002, vom 14. August 2002, vom 2. und 22. Oktober 2002, vom 16. Dezember 2002 und vom 8. Januar 2003; Urk. 7/114/2-10). Ein Computertomogramm der Lendenwirbelsäule und des Sakroiliakalgelenks bestätigte das Vorliegen degenerativer Veränderungen der kaudalen lumbalen Fazettengelenke und beider SIG (Urk. 7/114/10).

4.2.2 Prof. Dr. F. ____, der den Versicherten am 14. Juli 2003 wegen Schmerzen im Bereich des rechten und linken Fusses (Kontrakte Hammerzehen II und III rechts, ständige Schraube nach Lisfranc-Arthrodeese medial rechts und schmerzhaftes Hammerzehe links mit Synovitis im MP-II-Gelenk) operiert hatte (Urk. 7/125/62), ging davon aus, dass ab 1. Dezember 2003 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Inneren Dienst (Besorgungen, Botengänge, Postversand) wieder eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (Bericht vom 2. Dezember 2003, Urk. 7/125/57).

Am 17. Mai 2004 (Urk. 7/122/1-6) hielt Prof. Dr. F. ____ - bei der Diagnose eines Zustands nach posttraumatischen Arthrosen im rechten Rückfuss mit multiplen Versteifungseingriffen (oberes Sprunggelenk, untere Sprunggelenke, Lisfranc-Gelenke) sowie Korrekturosteotomien am Metatarsale I - fest, hinsichtlich der zuletzt ausgeübten

Tätigkeit liege vom 28. Juli 2003 bis 1. Dezember 2003 eine 100%ige und vom 2. Dezember 2003 bis 31. Mai 2004 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vor (Urk. 7/122/3). Für die Zeit danach sei der Versicherte in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ganztags arbeitsfähig (Urk. 7/122/6).

4.2.3.3. Drei Jahre nach einem gefäßchirurgischen Eingriff (Perkutane transluminale koronare Angioplastie [PTCA] mit Stenting) fand am 15. Januar 2004 auf der Kardiologie des Spitals I. ___ in '___' eine ambulante Nachkontrolle statt, anlässlich derer die Diagnose einer koronaren 1-Asterkrankung, einer hypertensiven Herzerkrankung und eines Diabetes mellitus Typ 2 gestellt wurde (Bericht vom 15. Januar 2004, Urk. 7/127/2). Die Ärzte berichteten über einen problemlosen klinischen Verlauf. Es bestanden weder eine Dyspnoe noch pektanginöse Beschwerden. Die Fahrradergometrie habe bei guter Belastbarkeit weder subjektiv noch objektiv Hinweise für eine Ischämie ergeben. Für eine gute Langzeitprognose sei indes die Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren prioritär, zumal neu ein - anamnestisch unter oraler Medikation jedoch gut eingestellter - Diabetes mellitus Typ 2 hinzugekommen sei (Urk. 7/127/1-2). Die Ärzte legten dem Versicherten regelmäßige körperliche Aktivitäten sowie eine Reduktionsdiät nahe und empfahlen bei vorausgesetzter Beschwerdefreiheit eine nächste kardiologische Kontrolle mit Ergometrie in ungefähr zwei Jahren.

4.2.4.4. Kreisarzt Dr. med. J. ___, Spezialarzt FMH für Chirurgie, berichtete am 24. Mai 2004 von einem leichten Schonhinken auf der rechten Seite beim Barfußgang. Am rechten Unterschenkel bestanden deutliche Schonungszeichen. Die Verhältnisse am rechten Fuss seien derzeit bland, und es bestanden keine Anhaltspunkte für einen aktiven Prozess. Alle Fussgelenke seien praktisch arthrodesiert. Die Zehenbeweglichkeit sei rechts im Vergleich zu links deutlich herabgesetzt. Trotz der Totalversteifung des rechten Fusses sei das Gangbild erstaunlich gut. Der Fall könne abgeschlossen werden. Für jede vorwiegend sitzende Tätigkeit mit gelegentlichem Gehen und Stehen und ohne Besteigen von Leitern, Treppen und Gerüsten ohne Arbeiten in kniender und kauender Stellung sei der Patient voll arbeitsfähig. Auch könne er Lasten von 10 kg heben (Urk. 7/125/49 ff.).

4.2.5.5. Dr. med. K. ___, Facharzt für Chirurgie, '___', bestätigte hinsichtlich der von ihm durchgeführten beidseitigen Leistenhernienoperationen und der Nabelbruchoperation eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 2. bis 29. Februar 2004. Der Patient sei nun jedoch "bezüglich der Hernien" beschwerdefrei, und "dieser Zustand" wirke sich "nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit aus". Die orthopädischen Diagnosen seien allerdings nicht berücksichtigt (Bericht vom 1. Oktober 2004, Urk. 7/128).

4.2.6.6. Dr. G. ___ erwähnte im Bericht zu Händen der IV-Stelle (vom 6. Dezember 2004, Urk. 7/129/5-6) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Schulterfunktionsstörung bei Status nach "Rotatorenmanschettennaht, AC-Gelenksresektion", eine "Bizepsnodose links 29.06.04", einen Zustand nach "Rückfussarthrodese wegen OSG und USG Arthrose rechts", einen Zustand nach "distaler Bizepssehnenrefixation rechts wegen Bizepssehnenruptur 22.11.02" sowie chronisch rezidivierende Rückenschmerzen bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Bluthochdruck, Diabetes mellitus und einen Status nach beidseitiger Leistenhernienoperation sowie Nabelbruchoperation im Februar 2004. Der Versicherte seinerseits gebe an, könne mit der Arbeit oberhalb Brusthöhe mit dem linken Arm zu

haben. Er habe deutlich weniger Kraft; ebenso bestehe eine verminderte Kraft für die Innenrotation. Die Schmerzen seien mäßig aber rezidivierend.

Mit Blick auf die erhobenen Befunde (Reizlose Narbe über der linken Schulter; Supra- und Infraspinatus atrophiert; aktive Flexion 120°, Abduktion 160°, AR 20° und IR bis L3; Lift-Off-Test positiv; Kraft für Abduktion und Aussenrotation um 50 % vermindert) attestierte er dem Versicherten in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Internen Dienst ab 23. Mai 2004 eine volle und ab 30. September 2004 bis auf weiteres eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Versicherte ganztags arbeitsfähig. Die Prognose bezeichnete Dr. G. ___ als günstig. Es werde allerdings eine "dauernde Kraft vor allem oberhalb der Brusthöhe links sowie eine verminderte Kraft im Ellbogen rechts bestehen bleiben". Die Rückenschmerzen seien rezidivierend und unterschiedlich stark und schwach.

4.2.7.1 Im Zwischenbericht UVG vom 19. Januar 2005 (Urk. 7/131/3) erwähnte Dr. G. ___ bei der Diagnose eines Status nach arthroskopischer Rotatorenmanschettennaht, einer AC-Gelenksresektion und einer Bizepstendonose links am 29. Juni 2004 einen ordentlichen Verlauf mit Restschmerzen im ventralen Aspekt der linken Schulter. Seit 1. Oktober 2004 sei die Arbeit wieder aufgenommen worden. Mit einer 100%igen medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit rechne er ab Frühjahr 2005.

4.2.8.1 Laut Stellungnahme des Kreisarztes Dr. J. ___ vom 11. Februar 2005 (Urk. 7/132/6-8) klagte der Versicherte nach seinem Sturz vom 23. Mai 2004 auf die "linke Schulter" über chronische Schmerzen im "rechten" Schultergelenk. Ein Arthro-MRI habe eine Läsion der Supraspinatussehne und des Subscapularis-Oberrandes mit einer Bizepstendinopathie und eine SLAP-Lesion sowie eine AC-Arthrose gezeigt. Deswegen seien am 29. Juni 2004 die Schulterarthroskopie, eine Reinsertion des Supraspinatus, eine Bizepstendose und eine Acromioplastik sowie eine AC-Gelenksresektion auf der linken Seite durchgeführt worden. Der operative und postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen. Der Patient habe ab dem 1. Oktober 2004 seine Arbeit wieder zu 50 % aufgenommen.

Bei der Untersuchung fand Dr. J. ___ reizlose Verhältnisse im Bereich der linken Schulter vor. Die Schulterbeweglichkeit sei praktisch seitengleich und lediglich die Aussenrotation sei links gegenüber rechts etwas eingeschränkt. Der Patient benötige praktisch keine Schmerzmittel mehr. Von Seiten der Fussverletzung aus dem Jahre 1975 bestehe für jede vorwiegend sitzende Tätigkeit mit lediglichem Gehen und Stehen und ohne Besteigen von Leitern, Treppen und Gerüsten und ohne Arbeiten in knieender und kauender Stellung sowie ohne Tragen von Lasten über 10 kg eine volle Arbeitsfähigkeit. Wegen der Verletzung an der linken Schulter könne der Versicherte keinen kräftigen Einsatz der linken Schulter über der Horizontalen mehr durchführen. Jede weitere Arbeit, insbesondere jede administrative Arbeit sei somit möglich "da der Versicherte einen gesunden rechten Arm" habe. Der Fall könne abgeschlossen werden. Er habe den Patienten demzufolge für die oben beschriebenen zumutbaren Arbeiten ab dem 1. Juni 2005 wiederum als voll arbeitsfähig geschrieben.

4.2.9.1 Prof. Dr. F. ___ berichtete am 23. August 2005 (Urk. 7/144) - bei der Diagnose eines Status nach multiplen Arthrodesen am rechten Fuss sowie Hammerzehenkorrekturen links -, dass "von Seiten des linken Fusses rechts" wieder zunehmende Metatarsalgien zu verzeichnen seien. Bei Versteifung des ganzen Rück- und Mittelfusses sei in der

Zwischenzeit das plantare Vorfusspolster stark geschwunden und der Patient stehe mit seinen Mittelfussknochen, welche ja nicht mehr beweglich seien, praktisch unmittelbar über der Haut, so dass dort zunehmend Schmerzen auftraten. Ferner hielt Prof. Dr. F. ___ im Sinne einer Anmerkung fest, dass die von der Invalidenversicherung anerkannte Viertelsrente angesichts der "zusätzlich bestehenden Schulter- und Hüftprobleme" zu knapp erscheine.

E. 4.2.10

Am 17. August 2005 (Urk. 7/149/1) äusserte sich Dr. G. ___ dahingehend, dass der Beschwerdeführer wegen eines "beidseitigen Schulterleidens", eines "Ellbogenleidens rechts", eines "Knieleidens links" sowie einer linksseitigen "Coxarthrose" bei ihm in Behandlung stehe. Die linke Schulter und der rechte Ellenbogen seien mit gutem Resultat operativ versorgt worden. Der Patient sei dennoch durch eine Bewegungs- und Kräfteinbusse oberhalb der Horizontalen in "beiden Schultern" behindert. Im linken Kniegelenk beständen chronisch rezidivierende Schmerzen bei im MRI deutlich sichtbaren Band- und Knochenveränderungen. Weiter beständen Hüftbeschwerden links, wobei radiologisch klar von einer Coxarthrose auszugehen sei. Ferner bestehe ein Fussleiden rechts, welches von Prof. Dr. F. ___ behandelt werde. Durch die "Summe all dieser Leiden" sei die "Arbeitsfähigkeit massiv eingeschränkt".

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin geht entsprechend ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) davon aus, dass der kreisärztliche Untersuchungsbericht des Dr. J. ___ vom 11. Februar 2005 (Urk. 7/132/6-8) ein Belastungsprofil aufgezeigt habe, welches sämtliche skelettalen Befunde miteinschliesse, während die übrigen Diagnosen wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Status nach beidseitigen Leistenhernienoperationen die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigten (Urk. 7/154/1-2, ferner 7/136/3-4).

5.2 Bei den Stellungnahmen des RAD handelt es sich um Berichte nach Art. 49 Abs. 3 IVV. Diese sind weder medizinische Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG noch Untersuchungsberichte gemäss Art. 49 Abs. 2 IVV. Ihre Funktion besteht darin, den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu werten. Dazu gehört auch, bei sich widersprechenden medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Berichten nach Art. 49 Abs. 3 IVV kann nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Vielmehr sind sie entscheidungsrelevante Aktenstücke (vgl. etwa unveröffentlichtes Urteil des Bundesgerichts in Sachen B. vom 16. November 2007, 9C_341/2007, Erw. 4.1 mit Hinweisen).

Einem ärztlichen Bericht ist (voller) Beweiswert zuzuerkennen, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Arztes begründet sind (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, gestützt auf im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom am Recht stehenden Versicherungsträger intern eingeholte medizinische Unterlagen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem

Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 122 V 157 Erw. 1d, vgl. auch Erw. 4.1 des vorerwähnten Urteils 9C_341/2007).

5.3.3 Dass Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2 und Status nach Hernienoperationen die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit nicht beeinträchtigen, erscheint ohne weiteres nachvollziehbar. Die kardiologische Kontrolle drei Jahre nach einer PTCA mit Stenting ergab - abgesehen vom neu hinzugetretenen Diabetes, der aber anamnestisch als gut eingestellt bezeichnet wurde - einen unauffälligen Befund mit normaler Leistungsfähigkeit. Entsprechend empfahlen die Ärzte eine weitere Kontrolle erst in zwei Jahren (Bericht Spital I. vom 15. Januar 2004, Urk. 7/127/1-2). Anhaltspunkte für zwischenzeitlich aufgetretene relevante Beschwerden finden sich keine. Hinsichtlich der operierten Hernien gilt der Versicherte nach einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Februar 2004 als beschwerdefrei (Schreiben Dr. K. vom 1. Oktober 2004, Urk. 7/128). Dr. G. führte den Status nach Hernienoperationen ebenfalls als Diagnose auf, welche die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflusse (Bericht vom 6. Dezember 2004, Urk. 7/129/5-6).

Hingegen kann nicht gesagt werden, die kreisärztliche Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit schliesse sämtliche Beschwerden des Skelettes mit ein. Vielmehr war die Stellungnahme des Dr. J. (vom 11. Februar 2005) aus naheliegenden Gründen auf die unfallbedingten Beschwerden am rechten Fuss und an der linken Schulter, mithin auf einzelne Leiden fokussiert (entsprechend etwa auch die früheren Stellungnahmen des Prof. F. vom 2. Dezember 2003 und 17. Mai 2004 sowie des Dr. G. vom 6. Dezember 2004 und 19. Januar 2005; Urk. 7/125/57, 7/1221-6, 7/1295-6, 7/131/3). Davon abgesehen fällt auf, dass Dr. G. am 6. Dezember 2004 immerhin eine andauernd verminderte Kraft im rechten Ellenbogen erwähnte (Urk. 7/129/5-6), während Dr. J. von einem gesunden rechten Arm ausging (Urk. 7/132/7). Sodann wies Dr. G. am 17. August 2005 darauf hin, dass der Beschwerdeführer namentlich wegen eines "beidseitigen" Schulterleidens und eines Ellenbogenleidens rechts bei ihm in Behandlung stehe (Urk. 7/149/1). Ferner erwähnte er chronisch rezidivierende Knieschmerzen links sowie linksseitige Hüftprobleme, welche auch von Prof. F. - in Verbindung mit dem Schulterleiden und den Fussproblemen mit erneut zunehmenden Metatarsalgien - als nicht unerheblich eingestuft wurden (vgl. Urk. 7/144 letzter Satz). Nebst geklagten rechtsseitigen Kniebeschwerden (vgl. Urk. 7/125/28) sind wiederkehrende Rückenschmerzen bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule aktenkundig, welche gemäss fachärztlicher Auffassung auf die langjährige Fehlbelastung nach mehrfachen Fussoperationen zurückzuführen sind (Urk. 7/114/2-10) und nach Dr. G. die Arbeitsfähigkeit ebenfalls beeinflussen (Bericht vom 6. Dezember 2004, Urk. 7/129/5-6). Laut Dr. G. ist der Beschwerdeführer durch die Summe all seiner Leiden "massiv" in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (Stellungnahme vom 17. August 2005, Urk. 7/149/1).

Vor diesem Hintergrund ergeben sich Zweifel an der beschwerdegegnerischen Einschätzung, wonach auch unter Berücksichtigung der diversen unfallfremden Leiden ein uneingeschränktes Leistungsvermögen in einer angepassten Tätigkeit besteht. Dies gilt um so mehr, als die abschliessende Beurteilung des RAD (vom 18. Januar 2006, Urk. 7/153/1-2) - wie frühere Stellungnahmen - nur rudimentär begründet ist, durch einen

auf die Leiden des Beschwerdeführers nicht spezialisierten Arzt (www.fmh-index.ch) erfolgte und lediglich auf einer Aktenbeurteilung beruht, obwohl kein allumfassender Befund vorliegt und es dementsprechend nicht nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden Sachverhalts ging (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 27. März 2008, 8C_540/2007, Erw. 3.2 mit Hinweis auf Rechtsprechung und Literatur).

Die Sache ist daher zwecks medizinischer Gesamtbeurteilung sämtlicher - im massgebenden Zeitraum bis zum Einspracheentscheid vorgelegener - relevanter Leiden an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Hinsichtlich des vom Beschwerdeführer selbst vorgeschlagenen Gutachters (Urk. 7/148/2) bleibt festzuhalten, dass einer versicherten Person grundsätzlich kein Wahlrecht zusteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen W. vom 7. Dezember 2007, U 31/07, Erw. 5 mit Hinweisen).

E. 6

6.1. Im Rahmen der Rentenfestsetzung hat die Beschwerdegegnerin die gestaffelten Arbeitsunfähigkeitsgrade (100 % beziehungsweise 50 %) gemäss Taggeldberechnung des Unfallversicherers ohne weiteres übernommen. Zwar ist per Ende Mai 2006 aufgrund von allerdings nicht überprüfbaren DAP-Profilen ein Einkommensvergleich vorgenommen worden. Ansonsten hat die Beschwerdegegnerin jedoch von den jeweiligen Arbeitsunfähigkeitsgraden direkt auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen und die bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit vorgesehene Dreimonatsfrist (Art. 88a Abs. 1 Satz 2 IVV) teilweise unberücksichtigt gelassen (vgl. insbesondere Urk. 7/136/5-6 und 7/143/4).

6.2. Entgegen diesem Vorgehen wird anlässlich der Neuverfugung je nach Abklärungsergebnis zu beachten sein, dass rückwirkend festgesetzten abgestuften und/oder befristeten Renten Revisionsgrade unterlegt sein müssen (BGE 109 V 126 Erw. 4a und 4b) und sich der Zeitpunkt der Heraufsetzung, Herabsetzung oder Aufhebung auch bei rückwirkend zugesprochenen Renten nach Art. 88a IVV bestimmt. Sodann darf nur ausnahmsweise von der ärztlich geschätzten Arbeits(un)fähigkeit ohne weiteres auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen werden, was beispielsweise bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person der Fall ist (vgl. für viele unveröffentlichtes Urteil des Bundesgerichts in Sachen K. vom 6. Mai 2008, 8C_772/2007, Erw. 6.2 mit Hinweis auf BGE 129 V 472 Erw. 4.2.3 S. 481). Schliesslich setzt das Abstellen auf DAP-Löhne voraus, dass zusätzlich zur Auflage von mindestens fünf DAP-Blättern auch Angaben über die Gesamtzahl der auf Grund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der entsprechenden Gruppe gemacht werden (BGE 129 V 472).

7. Das am 3. April 2006, mithin noch vor Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 16. Dezember 2006 per 1. Juli 2006 (AS 2006 S. 2003-2006; BBI 2005 S. 3079) angehobene sozialversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG in Verbindung mit Art. 1 IVG und Art. 69 IVG [in der bis Ende Juni 2006 gültig gewesenen Fassung]; § 33 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

8. Ausgangsgemäss ist dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1

und 3 GSVGer eine Prozessentschädigung zuzusprechen, wobei ein Betrag von Fr. 1'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) als angemessen erscheint.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. Februar 2006 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch neu verfährt.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Guy Reich

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

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.