

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00289 vom 26. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00289

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00289 du 26 juin 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00289 del 26 giugno 2009

Erwägungen

E. 3

3.1. Beim Beschwerdeführer lagen zu Beginn der ersten Rentengewährung ab 1. Mai 2003 diverse gesundheitliche Probleme vor. Seit den beiden Unfällen vom 22. März 2000 und vom 18. September 2001 sowie den Problemen mit der Leiste ab 31. Mai 2002 und der in der Folge eingetretenen 100%igen Arbeitsunfähigkeit als damaliger Schweisser bei der B. AG klagte der Versicherte vor allem über Rückenschmerzen, daneben auch über Nacken-, Kopf- und Knieschmerzen. Anlässlich eines Aufenthaltes in der G. Anfang 2003 diagnostizierten die Ärzte ein thorakolumbovertebrales und ein zervikales Schmerzsyndrom und Knieschmerzen rechts. Sie äusserten den Verdacht auf eine depressive Entwicklung und stellten gleichzeitig eine passive Haltung des Versicherten fest, was bereits kurze Zeit davor den Abklärern des H. (H.) aufgefallen war (Urk. 12/13, 12/15). Nachdem die Ärzte der G. aufgrund des Gesamtbildes zwar nur eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit attestiert hatten, der Beschwerdeführer jedoch wenige Monate später bei der C. GmbH als Läftungsmonteur ein 100%iges Pensum versehen konnte und dabei gleich wie bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im Mai 2002 Fr. 4'700.- verdiente (Urk. 12/5 S. 2, 12/45 S. 2), hob die IV-Stelle die laufende Rente mit rechtskräftiger Verfügung vom 12. März 2004 ab November 2003 auf.

3.2. Am 10. Februar 2004 erlitt der Beschwerdeführer bei der Arbeit einen weiteren Unfall, indem er aus einer Höhe von rund drei Metern von einer Leiter stürzte und sich dabei verschiedene Kontusionen des Rückens, zusätzlich eine Beckenkontusion und eine Kontusion der linken Schulter zuzog (vgl. Urk. 12/50 S. 18, Urk. 12/54 S. 95 ff.). Im I. gleichentags angefertigte Röntgenbilder des Schädels, der Halswirbelsäule, der linken Schulter, des linken Ellbogens, des thorakolumbalen Überganges, des Hüftgelenks, des Beckens und des Thorax ergaben keine Anhaltspunkte für frische traumatische ossäre Läsionen (Urk. 12/50 S. 51). In der Folge exazerbierte das bereits früher bestehende zervikozephalische Schmerzsyndrom, und es trat wieder eine Arbeitsunfähigkeit ein (vgl. Urk. 12/54 S. 9 f.).

3.3. Von der SUVA wurde eine stationäre Rehabilitation in der D. vom 16. Juni bis zum 21. Juli 2004 veranlasst. Der Beschwerdeführer klagte über linksseitige Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schmerzen im oberen Rückenbereich, in der unteren Lendenwirbelsäule sowie im Becken und der Leistengegend rechts. Die Eintrittsuntersuchung der Halswirbelsäule ergab eine nach links eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule, eine Druckschmerzhaftigkeit über den Dornfortsätzen C6/C7, in den paravertebralen Strukturen linksseitig sowie an den linksseitigen nuchalen Muskelansatzpunkten. Vereinzelt waren Triggerpunkte, nicht aber

HÄnde nicht erklären konnte. Für das Bestehen eines Irritationssyndroms im Sulcus ulnaris, eines radikulären Reizsyndroms C8 oder eines klassischen neurogenen Thoracic-Outlet-Syndroms ergaben weder die klinischen noch die neurographischen Untersuchungen Hinweise. Dr. K. ___ wies darauf hin, dass die Prognose wesentlich von der Wiederintegration in den Arbeitsprozess abhängige (vgl. Urk. 12/54 S. 14 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Kreisarzt Dr. J. ___ führte am 12. Oktober 2004 die kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch. Er hielt fest, dass der Beschwerdeführer nach wie vor - wie bereits vor dem Unfall vom 10. Februar 2004 - unter panvertebralen Rückenschmerzen im Sinne eines Zervikalsyndroms und eines thorakolumbovertebralen Syndroms leide. Im Lendenwirbelsäulen-Bereich hätten degenerative Veränderungen ohne Hinweise für eine Kompression neuraler Strukturen festgestellt werden können. Ein Irritationssyndrom im Sulcus ulnaris, ein radikuläres Reizsyndrom C8 sowie ein Thoracic-Outlet-Syndrom hätten weder klinisch noch neurographisch verifiziert werden können. Der klinische Schulterbefund sei unauffällig gewesen, wobei die endgradigen Schmerzangaben nicht das Schultergelenk, sondern die Trapeziusmuskulatur betreffen würden, und diese Symptomatik im Zusammenhang mit dem Zervikalsyndrom stehe. Nachdem eine strukturelle Verletzung der Wirbelsäule und des Bewegungsapparats durch den Leitersturz vom Februar 2004 habe ausgeschlossen werden können, sei davon auszugehen, dass durch diesen Unfall ein traumatischer Beschwerdeschub verursacht worden sei, welcher heute wieder abgeklungen sei. Ein mindestens wahrscheinlicher Kausalzusammenhang der fortbestehenden Beschwerden mit dem Leitersturz sei nicht mehr anzunehmen, und der Fall sei seitens der SUVA mit der heutigen Untersuchung abzuschließen (vgl. Urk. 12/54 S. 5 ff.).

3.5 Ä Ä Ä Ä Auf Zuweisung durch Dr. F. ___ wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. L. ___, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, konsiliarisch untersucht. Im diesbezüglichen Bericht vom 22. Oktober 2004 führte Dr. L. ___ als Diagnose ein generalisiertes Fibromyalgiesyndrom bei Verdacht auf ein zu Grunde liegendes depressives Zustandsbild auf. Ihr Gegenüber gab der Beschwerdeführer an, dauernd unter Schmerzen praktisch im Bereich der ganzen linken Körperhälfte zu leiden. Als Befunde erhob Dr. L. ___ - bei fehlender Neuropathie - eine nach links endphasig schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule sowie eine verspannte und druckdolente Muskulatur im Bereich des kraniozervikalen Übergangs entlang der Wirbelsäule und im Schultergürtel beidseits. Dr. L. ___ führte die Beschwerden einerseits auf eine Dekonditionierung, hauptsächlich aber auf eine zirkulatorische Regulationsstörung/Fehladaptation vegetativer Natur zurück und empfahl die berufliche Wiedereingliederung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 12/89 S. 54 ff.).

3.6 Ä Ä Ä Ä Im Auftrag des Krankenversicherers wurde der Beschwerdeführer am 24. Januar 2005 in der M. ___ (nachfolgend: M. ___) psychiatrisch und orthopädisch-chirurgisch begutachtet. Den Gutachtern gegenüber klagte er über Kopf-, Rückenschmerzen lumbosakral, Müdigkeit, Schwäche in den Beinen, rechtsseitige Knieschmerzen sowie allgemeine Schmerzen am ganzen Körper. In der klinischen Untersuchung konnte eine gute Beweglichkeit aller Wirbelsäulenabschnitte erhoben werden. Die paravertebrale zervikale und thorakolumbale Muskulatur war nicht verspannt und nicht dolent, ebenso wenig die Trapeziusmuskulatur, wobei sich auch keine Myogelosen fanden. Hingegen bestanden Druckdolenzen im Okzipitalraum links, im

Bereich der Supra- und Interspinalsegmente von C1 bis C7 sowie über den Segmenten Th2 bis Th4, Th9 sowie L1 bis S1. Der orthopädische Gutachter wies im Gutachten auf seine Beobachtung hin, dass die im Rahmen der klinischen Untersuchung durchgeführten Bewegungen unterschiedlich ausgefallen seien, je nach dem, ob der Beschwerdeführer dazu aufgefordert worden sei oder ob er die genau gleiche Bewegung unaufgefordert ausgeführt habe. Bei Palpation der Weichteile habe der Beschwerdeführer keine Schmerzen angegeben. Die Gutachter diagnostizierten ein chronisches zervikospindylogenes und thorakolumbales Schmerzsyndrom sowie eine Anpassungsstörung mit reaktivem, depressivem Stimmungsbild bei Verdacht auf somatoforme Schmerzstörungen bei schwierigem familiärem, professionellem und kulturellem Hintergrund. Die Diagnose Fibromyalgie wurde aufgrund der Beurteilung der Weichteile nicht bestätigt. Der Beschwerdeführer sei in somatischer Hinsicht durch eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit der thorakolumbalen Wirbelsäule bei der Arbeit behindert. Aufgrund der Untersuchungsbefunde gingen die Gutachter vom Bestehen einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer sowie orthopädisch-chirurgischer Sicht im Zeitpunkt der Begutachtung aus und attestierten dem Beschwerdeführer ab 1. April 2005 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten, welche das Heben von Gewichten von 5-10 kg mitumfassen (Urk. 12/89 S. 57 ff.).

3.7. In einem Attest vom 9. Dezember 2005 widersprach Dr. F. der Arbeitsfähigkeitseinschätzung der Gutachter der M. und bescheinigte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 31. Mai 2005 und anschliessend eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Der Beschwerdeführer arbeite ab dem 1. Juni 2005 mit einem Beschäftigungsgrad von 50 %, es sei aber nicht sicher, ob er dieses Pensum längerfristig aufrechterhalten könne, da er dauernd erhebliche Rückfälle erleide (Urk. 12/89 S. 80). In einem weiteren Bericht vom 28. August 2007 hielt Dr. F. unter Hinweis auf die bereits von den Gutachtern der M. gestellten Diagnosen fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht wesentlich verändert habe und er noch immer unter rezidivierenden sehr schweren Schmerzsymptomen im Bereich der ganzen Wirbelsäule leide. Die Arbeitsfähigkeit könne deshalb nicht gesteigert werden (vgl. Urk. 12/83 S. 7).

E. 4

4.1. Unumstritten und belegt ist, dass der Beschwerdeführer zwischen dem 10. Februar und dem Aufenthalt in der D. vom 16. Juni bis zum 21. Juli 2004 aufgrund der Folgen des Treppensturzes und dem Wiederauftreten früherer Beschwerden zu 100 % arbeitsunfähig war. Zu prägen ist die Entwicklung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit nach dem Austritt aus der D.

4.2. Zunächst ist festzuhalten, dass mittels umfangreicher medizinisch-apparativer Untersuchungen (MRI des Gehirns und der Halswirbelsäule vom 6. Juni 2000 [Urk. 12/9 S. 54], EEG und dopplersonographische Untersuchung vom 13. April 2000 [Urk. 12/9 S. 69], Röntgenbilder des Schädels, der Halswirbelsäule, der linken Schulter, des linken Ellbogens, des thorakolumbalen Überganges, des Hüftgelenks, des Beckens und des Thorax vom 10. Februar 2004 [Urk. 12/50 S. 51], Inguinalsonographie vom 8. April 2004 [Urk. 12/50 S. 53], CT-Schädel vom 16. April 2004 [Urk. 12/50 S. 52], extra- und transkranielle Farbduplexsonographie vom 3. Mai 2004 [Urk. 12/54 S. 8], MRI-Bilder der Lendenwirbelsäule und des rechten Knies vom 30. August 2004 [Urk. 12/50 S. 7 f.] sowie Neurographie vom 30. September 2004 [Urk. 12/54

S. 14 ff.]) bis auf beginnende Osteochondrosen in den Segmenten C5/6 und C6/7, eine Diskusprotrusion mit Anulusriss im Segment L1/2, ein kleines Ganglion an der Fibulaspitze sowie leicht vergrösserte Lymphknoten im Bereich der Leisten. In der Halswirbelsäule wurden keine strukturellen Anomalien festgestellt werden konnten. Auch eine augenärztliche Untersuchung vom 19. April 2004 ergab keine Erklärung für die geklagten Symptome (vgl. Urk. 12/50 S. 54).

4.3.3.1.1

In somatisch-diagnostischer Hinsicht gingen die Ärzte für die Zeit nach dem Unfall vom 10. Februar 2004 im Wesentlichen übereinstimmend vom Bestehen eines zervikospondylogenen und thorakolumbalen Schmerzsyndroms aus (vgl. insbesondere Urk. 12/89 S. 57 ff. sowie Urk. 12/83 S. 7). Dabei waren - bei Fehlen wesentlicher, das Beschwerdeausmass erklärender struktureller Veränderungen - die klinischen Befunde ebenfalls eher geringfügig. So ergab die klinische Untersuchung der Halswirbelsäule im I. Quartal vom 3. Mai 2004 keinen Muskelhartspann der Nackenmuskulatur (vgl. Urk. 12/54 S. 8). Während des stationären Aufenthaltes in der D. K. vom 16. Juni bis zum 21. Juli 2004 wurden zwar eine verspannte Muskulatur linksseitig paravertebral und im Pars descendens des Musculus Trapezius sowie eine eingeschränkte Halswirbelsäulenbeweglichkeit erhoben, es fanden sich aber keine Myogelosen (vgl. Urk. 12/50 S. 19 und 22 ff.). Im Bericht vom 10. August 2004 des Spitals N. K., wo der Beschwerdeführer kurzzeitig vom 18. bis zum 20. Juli 2004 hospitalisiert war, wurde das Fehlen pathologischer Befunde vermerkt (vgl. Urk. 12/54 S. 25 f.). Der Neurologe Dr. K. konnte am 30. September 2004 ebenfalls keine Myogelosen erheben (vgl. Urk. 12/54 S. 14 ff.). Dr. L. erwähnte in ihrem Bericht vom 22. Oktober 2004 ebenfalls keine Myogelosen, wies aber auf eine verspannte Muskulatur im Bereich des kraniozervikalen Überganges entlang der Wirbelsäule und im Schultergürtel hin (vgl. Urk. 12/89 S. 54 ff.). Der orthopädische Gutachter der M. fand am 24. Januar 2005 schliesslich eine gute Beweglichkeit aller Wirbelsäulenabschnitte vor, ebenso eine nicht verspannte paravertikale zervikale und thorakolumbale Muskulatur sowie Trapeziusmuskulatur (vgl. Urk. 12/89 S. 63 f.).

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die von Dr. L. diagnostizierte Fibromyalgie sei nicht genügend berücksichtigt worden, kann ihm nicht gefolgt werden. Zu beachten ist zunächst, dass Dr. L. die einzige von einer Vielzahl Fachärzte, welche den Beschwerdeführer untersucht haben, ist, welche ein generalisiertes Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert hat (vgl. Urk. 12/89 S. 54 ff.). Sodann hat der den Beschwerdeführer rund drei Monate nach Dr. L. untersuchende orthopädische Gutachter des M. in Kenntnis des zuvor diagnostizierten Fibromyalgiesyndroms nebst einer ausführlichen Untersuchung des muskuloskelettalen Systems auch die Weichteile untersucht. Dabei gab der Beschwerdeführer bei Palpation der verschiedenen Triggerpunkte an Armen, Beinen und Rumpf keinerlei Schmerzempfindlichkeit an. Unter diesen Umständen ist nachvollziehbar, dass die Gutachter des M. die Diagnose einer generalisierten Fibromyalgie nicht aufrechterhielten (vgl. Urk. 12/89 S. 64 f.). Ebenfalls ist nicht nachvollziehbar, weshalb sich ein generalisiertes Fibromyalgiesyndrom, welches sich nach Auffassung von Dr. L. im Anschluss an den ersten Unfall im Jahr 2000 entwickelt hat und seit dann persistiert (vgl. Urk. 12/89 S. 54 ff.), bereits drei Monate nach ihrer Untersuchung vollständig zurückgebildet haben sollte. Zu berücksichtigen ist ferner, dass der Beschwerdeführer auch deshalb nichts aus der Diagnose Fibromyalgie zu seinen Gunsten

ableiten kann, weil Dr. L. ___ trotz der gestellten Diagnose in ihrem Bericht mit keinem Wort auf eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers schloss, sondern im Gegenteil darauf hinwies, dass eine berufliche Wiedereingliederung des Beschwerdeführers unbedingt anzustreben sei (vgl. Urk. 12/89 S. 56). Schliesslich ist noch darauf hinzuweisen, dass die Diagnose Fibromyalgie in der medizinischen Praxis umstritten ist und nach höchstgerichtlicher Praxis aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht - geht man vom Bestehen eines Fibromyalgiesyndroms aus - wie eine somatoforme, also rein psychisch bedingte, Schmerzstörung zu behandeln ist (vgl. vorstehend Erw. 1.4.3).

4.4.1.1

4.4.1.1 Sowohl die Ärzte des H. ___ (vgl. Urk. 12/15 S. 4 ff.), die Ärzte der D. ___ (vgl. Urk. 12/50 S. 19 f.) sowie die Ärzte des M. ___ (Urk. 12/89 S. 65) wiesen auf eine Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerden und den objektivierbaren Befunden hin. Die Ärzte der D. ___ und des M. ___ gingen deshalb von einer psychischen Überlagerung der Beschwerden aus und diagnostizierten eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiven Symptomen, bei Verdacht auf somatoforme Schmerzstörungen beziehungsweise einer grossen Tendenz des Beschwerdeführers zur Somatisierung (vgl. Urk. 12/50 S. 18, Urk. 12/89 S. 64). Die von den Ärzten der D. ___ und des M. ___ aufgeführten psychosozialen Belastungsfaktoren, welche als für die Prognose negative Einflussfaktoren eingeschätzt werden, sind aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht im übrigen nicht zu berücksichtigen (vgl. vorstehend Erw. 1.4.1), ebenso wie die insbesondere von den Ärzten des H. ___ sowie des M. ___ beobachteten Selbstlimitierungen (vgl. Urk. 12/15 S. 4 ff., Urk. 12/89 S. 6 und 8).

4.4.2 Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang, dass die in den Berichten des Hausarztes Dr. F. ___ vom 7. September 2004, vom 9. Dezember 2005 sowie vom 28. August 2007 attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht ohne Weiteres nachvollziehbar ist, da die Begründung der Arbeitsunfähigkeit in diesen Berichten jeweils sehr kurz gehalten ist und daraus hervorgeht, dass Dr. F. ___ hauptsächlich auf die subjektiven Schmerzangaben des Beschwerdeführers abstellte (vgl. Urk. 12/43 S. 5, Urk. 12/89 S. 80, Urk. 12/83 S. 7). Subjektive Schmerzangaben allein reichen rechtsprechungsgemäss aber nicht zur Begründung einer Arbeitsunfähigkeit (BGE 130 V 399 Erw. 5.3.2 mit Hinweisen). Unter zusätzlicher Berücksichtigung der 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), bilden die Berichte von Dr. F. ___ keine zuverlässige Grundlage zur Ermittlung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

4.5 Die Ärzte der D. ___ attestierten dem Beschwerdeführer bei Klinikaustritt am 21. Juli 2004 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ganztags mit reduzierter Leistung in der bisherigen Tätigkeit als Lüftungsmonteur (Urk. 12/50 S. 20). SUVA-Kreisarzt Dr. J. ___ bestätigte diese Einschätzung am 19. August 2004 (Urk. 12/50 S. 16). Anlässlich seiner Abschlussuntersuchung vom 12. Oktober 2004 klagte der Beschwerdeführer über eine unveränderte Beschwerdesituation (vgl. Urk. 12/54 S. 5). Auch den Gutachtern der M. ___ gegenüber äusserte er sich über im Wesentlichen unveränderte (subjektive) Beschwerden (vgl. Urk. 12/89 S. 57 ff.).

Â Â Â Â Â Â Â Â Mit Blick auf das weitgehende Fehlen objektivierbarer struktureller Anomalien sowie die von den Ärzten der D.____ erhobenen klinischen Befunde und psychischen Symptome erscheint die von ihnen festgesetzte zumutbare Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Der Austrittsbericht der D.____ erging sodann gestützt auf sorgfältige Untersuchungen und unter umfassender Berücksichtigung von Anamnese und Vorakten, insbesondere der ausführlichen medizinischen Voruntersuchungen. Dem Bericht kommt daher voller Beweiswert zu (vgl. vorstehend Erw. 1.5).

Â Â Â Â Â Â Â Â Die vom orthopädischen Gutachter der M.____ am 24. Januar 2005 erhobenen, im Vergleich zur Voruntersuchung in der D.____ vom 16. Juni bis zum 21. Juli 2004 geringfügigeren klinisch erhebbaren somatischen Befunde (kein muskulärer Hartspann mehr, gute Beweglichkeit aller Wirbelsäulenabschnitte; vgl. Urk. 12/89 S. 65) lassen sodann den Schluss zu, dass sich die rein somatische Beschwerdesituation im Zeitraum zwischen den Begutachtungen in der D.____ und im M.____ zumindest leichtgradig verbessert hat. Umgekehrt ergibt sich aber aus den Berichten der M.____ sowie des SUVA-Kreisarztes Dr. J.____, dass die subjektive Beschwerdesituation praktisch unverändert anhielt (vgl. insbesondere Urk. 12/89 S. 62 und 65), entsprechend führten die Ärzte einzig noch psychiatrische Diagnosen (Anpassungsstörung mit reaktivem, depressivem Verstimmungsbild sowie Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung) bei den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf, wobei von den Gutachtern noch eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit der thorakolumbalen Wirbelsäule als limitierender Faktor anerkannt wurde (vgl. Urk. 12/89 S. 64 f.).

Â Â Â Â Â Â Â Â Auch die Gutachter der M.____ gingen nach ihren Untersuchungen vom 24. Januar 2005 (vgl. Urk. 12/89 S. 57) zunächst im Einklang mit den Ärzten der D.____ von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit aus orthopädischer sowie psychiatrischer Sicht aus. Allerdings attestierten sie dem Beschwerdeführer - ohne jede Begründung - ab 1. April 2005 eine vollständige Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 12/89 S. 65 f.). Diese Steigerung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ist zunächst wegen ihrer mangelnden Begründung nicht nachvollziehbar. Sogar wenn man, wie vorstehend erwähnt, in der zwischenzeitlichen Besserung der klinisch erhebbaren somatischen Befunde eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes sehen würde, so bleibt doch zu berücksichtigen, dass sich die subjektive Beschwerdesituation nicht wesentlich verändert hat und die psychiatrische Gutachterin der M.____ praktisch die gleichen Diagnosen gestellt hat wie die Ärzte der D.____ (vgl. Urk. 12/50 S. 18, Urk. 12/89 S. 64). Weshalb diese Diagnosen ab 1. April 2005 plötzlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr zur Folge haben sollen, bleibt unklar. Von der psychiatrischen Gutachterin der M.____ wurde ein eigentliches psychiatrisches Teilgutachten offenbar nicht erstellt, wobei im Gutachten vom 12. Mai 2005 Ausführungen über die psychiatrischen Untersuchungsbefunde völlig fehlen, die Anamnese äusserst kurz gehalten ist und eine nachvollziehbare Begründung, ob und weshalb die aufgeführten psychiatrischen Diagnosen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, nicht vorhanden ist (vgl. Urk. 12/89 S. 62 ff.). Unter diesen Umständen kann mangels Erfüllung der Anforderungen an beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlagen (vorstehend Erw. 1.5) auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung der Ärzte der M.____ nicht abschliessend abgestellt werden.

Â Â Â Â Â Â Â Â Allerdings ist aufgrund der Einschätzung der Ärzte der D.____, dass keine dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei, weshalb sie einen

Monat nach Klinikaustritt (also per September 2004) die erneute Prüfung der Arbeitsfähigkeit im Hinblick auf eine Steigerung empfohlen (vgl. Urk. 12/50 S. 20), nicht auszuschliessen, dass seit der Abklärung in der D.____ tatsächlich eine Besserung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eingetreten ist.

4.6. Es ist daher, ausgehend von der schlüssigen Einschätzung der Ärzte der D.____, festzustellen, dass dem Beschwerdeführer bei Austritt am 21. Juli 2004 eine ganztägige, leistungsmässig um 50 % eingeschränkte Arbeitsleistung zumutbar war (vgl. Urk. 12/50 S. 20).

Der von der IV-Stelle zur Ermittlung der Auswirkung der Arbeitsunfähigkeit in erwerblicher Hinsicht vorgenommene Einkommensvergleich (vgl. Urk. 12/66 S. 6) wurde vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet. Dies führt zum Anspruch auf eine ganze Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % ab 1. Februar 2004 und unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV von einer halben Invalidenrente ab 1. November 2004, dies auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 58 %.

Da auf die von den Gutachtern der M.____ vorgenommenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 12/89 S. 63 ff.) mangels Nachvollziehbarkeit nicht abgestellt werden kann, besteht diesbezüglich weiterer medizinischer Abklärungsbedarf. Die IV-Stelle - an welche die Sache zurückzuweisen ist - wird ein interdisziplinäres Gutachten über die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nach dem Austritt aus der D.____ einzuholen und hernach über den Rentenanspruch ab 1. Dezember 2004 neu zu verfassen haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

5.

5.1. Ausgangsgemäss sind die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- der IV-Stelle aufzuerlegen (vgl. Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

5.2. Nach § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) und Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. In Berücksichtigung dieser Kriterien ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 11. Februar 2008 aufgehoben wird, und die Sache mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer vom 1. Februar bis 31. Oktober 2004 Anspruch auf eine ganze und ab 1. November 2004 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat, an die IV-Stelle zurückgewiesen, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch ab 1. Dezember 2004 neu verfasse.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Stefan Galligani
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift 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.