

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00249 vom 30. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00249](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00249)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00249 du 30 novembre 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00249 del 30 novembre 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden konnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

1.3 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen 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. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist 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 der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend 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 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

1.5. Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 Erw. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 Erw. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 275 Erw. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 418 Erw. 2d am Ende, 369 Erw. 2, 113 V 275 Erw. 1a, 109 V 265 Erw. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 349 Erw. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 417 f. Erw. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfahrensweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 31. Oktober 2006, I 526/06, Erw. 2.3 mit Hinweisen).

## E. 2

2.1. Anschliessend an den Unfall vom 10. Januar 2003, bei dem X. \_\_\_ auf einer Leiter ausgerutscht und aus etwa 5 Meter Höhe auf die rechte Seite gefallen ist, war dieser bis zum 14. Januar 2003 im Spital '\_\_\_', Dept. Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie (nachfolgend: Z. \_\_\_) hospitalisiert gewesen, wobei die Diagnosen einer Comotio cerebri, einer Kontusion der Hüfte rechts und einer eröffneten Bursa olecrani rechts erhoben wurden (Urk. 8/13/124; vgl. auch Operationsbericht vom 10. Januar 2003 [Urk. 8/13/125]). In der Folge besuchte der Versicherte am 21. Januar 2003 die Wirbelsäulensprechstunde an der Klinik A. \_\_\_. Im Bericht vom 23. Januar 2003 wurde von Dr. med. B. \_\_\_, Leiter Wirbelsäulenchirurgie, mittels eines MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) die Diagnose einer kleinen foraminalen Diskushernie L4/5 erhoben und ausgeführt, trotz des Wirbelsäulenleidens sei der Patient zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 8/13/122-123). Dem kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 6.

Mai 2003 durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH fÄ¼r Chirurgie, ist zu entnehmen, dass sowohl im Bereich des RÄ¼ckens als auch im Bereich der rechten Schulter ein absolut unauffÄ¼lliger blander klinischer Befund bestehe (Urk. 8/13/ 108).

2.2Ä Ä Ä Ä Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH fÄ¼r Innere Medizin und seit 30. Oktober 2002 Hausarzt des Versicherten (nach Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH fÄ¼r Allgemeine Medizin, der vom 9. Januar bis 17. Juni 2002 Hausarzt des Versicherten gewesen war und Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH fÄ¼r Innere Medizin und Rheumatologie, der den Versicherten zwischen Juni und September 2002 behandelt hatte; Urk. 8/16/2; Urk. 8/13/117), diagnostizierte am 24. Dezember 2003 zuhnden der IV-Stelle ein therapieresistentes lumbospondylogenes Syndrom bei Nachweis einer kleinen Diskushernie L5/S1 sowie einen Status nach chronischem subakromyalem Impingement an der Schulter rechts, Schulterarthroskopie, Biopsie, Bizepsstenotomie und DÄ©bridement sowie anteriore Akromioplastik rechts bei Tendinopathie der langen Bizepssehne und kleine Partialruptur der Supraspinatussehne (Urk. 8/10/1-2). Der BeschwerdefÄ¼hrer sei sowohl in der bisherigen als auch in angepasster TÄ¼tigkeit ganztags seit 10. Januar 2003 arbeitsfÄ¼hig (wohl: arbeitsunfÄ¼hig) und es sei eine berufliche Umstellung zu prÄ¼fen, wobei die Vermittelbarkeit unklar sei (Urk. 8/10/4).

2.3Ä Ä Ä Ä Einem Verlaufsbericht der Klinik A.\_\_\_\_ vom 6. Januar 2004 betreffend der Schulterarthroskopie, Biopsie, Bizepsstenotomie, DÄ©bridement und anteriore Akromioplastik rechts vom 10. Januar 2003 ist zu entnehmen, dass eine Elektromyografie vom 3. November 2003 ergeben habe, dass kein neurogenes Defizit objektivierbar sei. Neurographisch werde ein Carpaltunnelsyndrom (CTS) und ein Sulcus ulnaris-Syndrom rechts ausgeschlossen. Es bestÄ¼nden keine Hinweise auf radikulÄ¼re StÄ¼rungen. Die angegebene SensibilitÄ¼tsstÄ¼rung des gesamten rechten Armes weise auf eine zusÄ¼tzliche funktionelle Komponente hin. Insgesamt sei der Zustand bezÄ¼glich der rechten Schulter fÄ¼r den Patienten nach wie vor unbefriedigend, auch aus der Sicht der behandelnden Ä¼rzte sei das Operationsresultat bisher unbefriedigend, wobei sie sich die Beschwerden des Versicherten zurzeit nicht erklÄ¼ren kÄ¼nnten (Urk. 8/10/28). Gleichentags hielten die FachÄ¼rzte der Klinik A.\_\_\_\_ zuhnden der IV-Stelle fest, zum jetzigen Zeitpunkt kÄ¼nnten noch keine detaillierten Aussagen bezÄ¼glich der Arbeitsbelastbarkeit gemacht werden, es werde sicher im Rahmen des stationÄ¼ren Aufenthaltes ab 7. Januar 2004 in der Rehaklinik G.\_\_\_\_ eine genaue Evaluation stattfinden kÄ¼nnen (Urk. 8/9/3).

2.4Ä Ä Ä Ä Dem Austrittsbericht der Rehaklinik G.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2004, der auf einem Aufenthalt X.\_\_\_\_s vom 7. Januar bis 4. Februar 2004 zur Schmerztherapie einschliesslich eines psychosomatischen Konsiliums vom 19. Januar 2004 (Urk. 8/11/10-13) und eines orthopÄ¼dischen Konsiliums vom 15. Januar 2004 (Urk. 8/11/14-15) und einer am 30. Januar 2004 im Spital H.\_\_\_\_ durchgefÄ¼hrten Skelettszintigraphie (vgl. Bericht vom 30. Januar 2004; Urk. 8/ 13/58-59) beruht, sind folgende Diagnosen zu entnehmen (Urk. 8/11/1):

- Arbeitsunfall vom 7. Januar 2002
- beim Besteigen einer Leiter aus etwa drei Meter HÄ¼he gestÄ¼tzt
- Kontusion rechter Hemithorax und rechter Oberschenkel

- Unter Schonung und Analgetika besser, am 15. Februar 2002 gemäss Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ Behandlung abgeschlossen
- Sturz von der Leiter vom 10. Januar 2003
- Wunde 1/4ber der proximalen Ulna mit Bursa olecrani-Eröffnung rechts
- Wundexzision und Bursektomie rechts (Z.\_\_\_\_)
- leichte traumatische Hirnverletzung mit retrograder Amnesie
- später diagnostiziert: Tendinopathie der langen Bizepssehne und kleine Partialruptur der Supraspinatussehne
- Schulterarthroskopie, Biopsie, Bizepsstenotomie, Débridement und anteriore Akromioplastik rechts (am 10. Juli 2003 an der Klinik A.\_\_\_\_; vgl. Operationsbericht vom 11. Juli 2003; Urk. 8/10/10)

- lumbosacrales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung ins rechte Gesäss und Bein bei mittels MRI (21.01.2003) durch die Universitätsklinik A.\_\_\_\_ nachgewiesener kleiner foraminaler Discushernie L4/5 rechts ohne Wurzelkompression

Ab 5. Februar 2004 betrage die Arbeitsunfähigkeit 50 %, wobei mittelschwere Arbeiten ganztags zumutbar seien, solange der rechte Arm nicht repetitiv mit Gewichten 1/4ber Kopf gehalten werden müsse. Aus unfallfremden Gründen (Rückenschmerzen) müsse die Arbeit wechselbelastend sein. Da der Versicherte für Massnahmen zur beruflichen Eingliederung nicht motiviert und der Meinung gewesen sei, er müsse zuerst gesund werden, bevor man wieder von Arbeit rede, seien keine beruflichen Abklärungen vorgenommen worden (Urk. 8/ 11/2). Im Vordergrund der Beschwerden stehe ein maladaptiver Umgang mit der Schmerz- und Beschwerdeproblematik im Sinne einer Symptomausweitung. Gemäss Beurteilung der hinzugezogenen Psychiater (Dres. med. I.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_, Fachärzte FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) bestehe keine psychische Störung von Krankheitswert. Die vom Versicherten beklagten, vor allem bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen an der rechten, dominanten Schulter seien in ihrem Ausmass nicht nachvollziehbar, klinisch fänden sich nur diskrete pathologische Befunde. Bezüglich der lumbovertebralen Schmerzen mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die Aussenseite des rechten Beines fehlten mit Ausnahme einer verminderten muskulären Stabilisierungsfähigkeit der LWS ebenfalls klinisch fassbare pathologische Befunde. Die konventionell-radiologisch nachgewiesene Spondylarthrose L4/5 stelle einen nennenswerten Befund dar, der jedoch das Ausmass der vom Patienten beschriebenen Beschwerden nicht erklären könne (Urk. 8/11/3).

2.5 Im Bericht der Q.\_\_\_\_ Klinik an die SUVA vom 30. November 2004, wo bis dahin vier Infiltrationen zur Etagediagnostik stattgefunden hatten, diagnostizierte Dr. med. K.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie, Wirbelsäule + Rückenmarkschirurgie, eine chronische Lumboischialgie, chronische Schulterschmerzen rechts und eine Bandscheibendegeneration L4/5. Die genaue Genese bleibe weiterhin unklar. Die Etage 3/4 zeige eine normale altersentsprechende Bandscheibe ohne wesentliche Veränderungen der Facettengelenke im Vergleich zu den Nachbarsegmenten, es bestehe kein Anhalt für zentrale oder foraminale Stenose, am meisten degeneriert scheine die Bandscheibe L4/5 mit High Intensity Zone, jedoch ohne begleitende Reaktion der angrenzenden Deck- und Bodenplatten. Daraus ergebe sich keine wirbelsäulenchirurgische Indikation. Während

der Untersuchung mache der Patient immer wieder wechselnde Angaben. Auf die Tatsache angesprochen, dass er "vom Rücken her" einen erneuten Arbeitsversuch wagen und den Stock weglassen sollte, habe der Patient wiederum vermehrt Schulterschmerzen beklagt. Er sei wenigstens versuchsweise 20 bis 50 % arbeitsfähig (Urk. 8/22/22).

2.6. Vom 16. bis 23. Februar 2005 war X. (aufgrund einer Zuweisung durch den SUVA-Kreisarzt Dr. C.) erneut in der Rehaklinik G. hospitalisiert gewesen, wobei nach dem Austritt mit Bericht vom 7. März 2005 folgende Diagnosen festgehalten wurden (Urk. 8/26/2):

- Sturz von der Leiter vom 10. Januar 2003: (teilweise nachträglich erhobene Diagnosen)
- rechtsseitige Tendinopathie der langen Bizepssehne und kleine Partialruptur der Supraspinatussehne mit Schulterarthroskopie, Biopsie, Bizepsstenotomie, Débridement und anteriore Akromioplastik rechts am 26. August 2003
- postraumatische Periarthritis humero-scapularis (PHS) mit painful arc rechts bei global freier Schulterbeweglichkeit mit Verdacht auch subacromiale Schmerzursache und Arthroskopie, Biopsie, Akromioplastik und distaler Claviculaexcision vom 13. Juli 2004 (vgl. Operationsbericht Klinik A.; Urk. 8/22/28); Low grade Infektion mit Staphylococcus saccharolyticus und antibiotischer Langzeittherapie (vgl. Bericht Klinik A. vom 24. August 2004 [Urk. 8/22/24-25] und vom 29. Dezember 2004 [Urk. 8/22/8])
- Verdacht auf AC-Arthropathie rechts
- Status nach Wunde über der proximalen Ulna mit Bursa olecrani-Eröffnung rechts, nach Wundexzision und Bursektomie rechts und nach leichter traumatischer Hirnverletzung mit retrograder Amnesie
- Lumbosacrales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung ins rechte Gesäss und Bein bei MRI der LWS 05/04 (Osteochondrose L4/5 > L3/4 mit deutlicher hyperthropher Spondylarthrose L4/5 rechtsbetont (Differentialdiagnose: posttraumatisch?); Zirkuläre Protrusio L4/5 > L3/4 ohne fokale Diskushernie)
- sequentielle Infiltration mit deutlicher Schmerzreduktion in Etagen L3/4 (11/04)
- unklare genaue Beschwerdegenese bei immer wieder wechselnden Angaben
- Ausschluss eines CTS rechts bei leichter Diskusprotrusion C4/5 und 5/6, prominentem Lig. Flav. C 6/7 ohne Myelon- oder Wurzelkompression (14.02.2005)
- Neurogene Blasenentleerungsstörung mit Urge-Symptomatik sowie BPH
- Status nach Arbeitsunfall vom 7. Januar 2002

Bei Austritt nehme der Patient folgende Medikamente ein: Dafalgan, Olfen 75 Retard, Fluctine, Detrusitol SR Retard, Zurcal, Pradif, Tryptizol, Imazol. Ab 24. Februar 2005 sei dem Versicherten weiterhin eine 50%ige Arbeitstätigkeit zumutbar, die höchstens mittelschwer sein dürfe und ganztags, ohne repetitive überkopfbewegungen des rechten Armes mit Gewichten auszuüben und wechselbelastend sei (Urk. 8/26/3). Nach bereits prästationär ausgeschlossenen CTS rechts habe sich neben der Kündigung per 31. März 2005 keine Änderung im Vergleich zum stationären Aufenthalt vom 7. Januar bis 4. Februar 2004 ergeben. Der Versicherte werde nach einer Woche bei gleich bleibender Arbeitsunfähigkeit und Zumutbarkeitserklärung nach Hause entlassen (Urk. 8/26/4). Dieser befinde sich in

psychiatrischer Behandlung bei aktuell ausgeglichenem Gemütszustand (Urk. 8/26/8).

2.7. Dr. med. L.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, vom Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stelle (RAD) führte mit auf Akten basierender Stellungnahme vom 2. Mai 2005 aus, der Versicherte sei seit 1. Januar 2003 für schwere körperliche Arbeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Von Seiten des Räckens bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten (leicht, ausnahmsweise mittelschwer, mit Wechselbelastung, ohne Zwangshaltungen, Heben und Tragen von Lasten bis 10 Kilogramm) seit jeher, ausser unmittelbar nach dem Unfallgeschehen. Psychiatrisch liege kein invalidenversicherungsrechtlicher Gesundheitsschaden vor. Von Seiten der Schulter sei die Behandlung noch nicht abgeschlossen, für leichte körperliche Arbeiten sollte aber auch hier eine höhere als eine 50%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sein. Es solle mit der SUVA koordiniert werden (Feststellungsblatt für den Beschluss vom 23. August 2005; Urk. 8/41/5).

2.8. Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und seit 2004 behandelnde Ärztin des Versicherten, erhob am 22. Mai 2006 zuhanden der IV-Stelle die Diagnosen einer chronischen posttraumatischen PHS bei Status nach Schulterarthroskopie, Biopsieentnahme, Akromioplastik und AC-Resektion rechts 2004, Status nach Arthroskopie, Bizepstenotomie, Döbridement und anteriorer Akromioplastik rechts 2003, eines chronischen lumbospondylogenen und rezidivierenden lumboradikulären Reizsyndroms L5 rechts bei Osteochondrose L4/5 und L3/4 mit Spondylarthrose L4/5 rechtsbetont, circumäre Protrusion L4/5 und L3/4, eines chronischen cervicospondylogenen Syndroms bei Discusprotrusion C4/5 und C5/6 sowie einer neurogenen Blasenentleerungsstörung mit URGE-Symptomatik sowie BPH (Urk. 8/75/1). In Anbetracht der gesamten Situation könne der Patient nur eine sehr adaptierte Arbeit und eine solche nur stundenweise ausüben, da weder langes Stehen oder Sitzen noch manuelle Arbeiten zumutbar seien. Der Invaliditätsgrad betrage 70 % (Urk. 8/75/2), dem Versicherten sei eine solche adaptierte Tätigkeit während zwei bis drei Stunden pro Tag zumutbar (Urk. 8/75/4). Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom RAD hielt mit Stellungnahme vom 15. Dezember 2006 fest, die durch Dr. M.\_\_\_\_ erhobenen Befunde und die Restarbeitsfähigkeit seien medizinisch nicht nachvollziehbar. Im Wesentlichen würden nur Beschwerden des Versicherten wiedergegeben und keine nachvollziehbaren Aussagen zur Invalidität getroffen. Die Stellungnahme des RAD vom 2. Mai 2005 habe noch immer Gültigkeit (Feststellungsblatt für den Beschluss vom 14. August 2007; Urk. 8/78/2).

2.9. Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, bei dem sich der Versicherte seit 23. März 2004 in Behandlung befindet, diagnostizierte am 10. April 2007 zuhanden der IV-Stelle eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23) mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen. Der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär und/oder besserungsfähig. Der Patient befinde sich in psychiatrischer Betreuung und nehme Fluocim, Surmontil und Truxal ein. Der psychische Anteil der Arbeitsunfähigkeit betrage 10 bis 20 % und sei in die Gesamtarbeitsunfähigkeit interdisziplinär zu integrieren (Urk. 8/77/2; Urk. 8/77/5-6).

2.10. Der Stellungnahme des RAD (Dr. med. P.\_\_\_\_, Praktischer Arzt) vom 19. April 2007 ist zu entnehmen, dass die durch den Psychiater Dr. O.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar sei. Eine bedrückte Grundstimmung aufgrund psychosozialer Probleme begründe keine 20%ige Arbeitsunfähigkeit und sei



zwischen den medizinischen Fachrichtungen erweist sich als unabdingbar. Ferner liefern die Berichte behandelnder Ärzte nach ständiger Praxis des Bundesgerichts nützliche Hinweise für die medizinische Beurteilung und komplettieren die Entscheidungsgrundlage. Darum gehört die Einholung solcher Auskünfte in der Regel zur vollständigen Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts - eine andere Frage ist die anschliessende Würdigung dieser Berichte - (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. August 2010, 9C\_101/2010, Erw. 3.3.4). Der letzte Bericht des Hausarztes Dr. D. \_\_\_ datiert vom 24. Dezember 2003, jener der behandelnden Rheumatologin Dr. M. \_\_\_ vom 22. Mai 2006 und jener des behandelnden Psychiaters Dr. O. \_\_\_ vom 1. April 2007, währenddem die Verfügungen der IV-Stelle vom 19. Februar 2009 datieren. Die Verwaltung wäre folglich gehalten gewesen, vor dem Verfügungserlass aktuelle Verlaufsberichte einzuholen. Im Übrigen erweist sich die gesamte medizinische Aktenlage zum Verfügungszeitpunkt nicht als aktuell.

3.3. Enthalten die Akten keine überzeugende Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (für den gesamten vorliegend relevanten Zeitraum von Januar 2004 bis 19. Februar 2009), ist die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung und zu anschliessender Entscheidung an die Verwaltung zurückzuweisen.

3.4. Der zuerkannte Anspruch auf eine befristete ganze Rente von Januar 2004 bis 31. März 2005 und auf eine befristete halbe Rente von 1. April bis 30. Juni 2005 ist beschwerdeweise zwar nicht bestritten worden, dennoch drängt sich vorliegend nach dem in Erw. 1.5 und 3.2 Gesagten eine integrale Überprüfung des verfahrensweise festgelegten Rechtsverhältnisses (Rentenanspruch) unter allen Aspekten der Invaliditätsbemessung auf.

4. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (§ 61 lit. g ATSG, in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtenen Verfügungen vom 19. Februar 2009 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfügt.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Dr. Kamil Tanriyen

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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.