

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00528 vom 13. August 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-08-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00528](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00528)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00528 du 13 août 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00528 del 13 agosto 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1. X., geboren 1965, war seit dem 7. März 2003 für die Y. AG, J., als Leiter (Urk. 6/16), als er am 25. Juli 2004 in den Ferien in K. beim Treppensteigen den linken Fuss verdrehte und stürzte (vgl. Unfallmeldung, Urk. 6/15/56). In der Folge entwickelte sich ein Morbus Sudeck und retrospektiv wurde eine Lisfranc-Verletzung festgestellt (vgl. Urk. 6/15/21). Am 31. Januar 2005 meldete sich der Versicherte zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 6/1).

Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) erbrachte zunächst Taggelder und Heilkostenleistungen, stellte diese jedoch mit Verfügung vom 1. März 2007 respektive Einspracheentscheid vom 29. Mai 2007 per Ende März 2007 ein (vgl. Urk. 6/30/1-3; Urk. 6/44). Der Einspracheentscheid der SUVA wurde mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 18. Mai 2009 (Verfahren Nr. UV.2007.00308, Urk. 6/110) und letztinstanzlich mit Entscheid des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2009 (Urk. 31) bestätigt.

1.2. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte Auszüge aus dem individuellen Konto (Urk. 6/11; Urk. 6/46-48), Arbeitgeberberichte (Urk. 6/13; Urk. 6/16) sowie einen medizinischen Bericht (Urk. 6/14) ein und lud den Versicherten zur Abklärung der beruflichen Situation zu einem Gespräch ein (vgl. Verlaufsprotokoll Arbeitsvermittlung, Urk. 6/20). Mit Verfügung vom 5. Juli 2005 hielt sie fest, dass eine Arbeitsvermittlung zur Zeit nicht möglich sei, da sich der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen ausserstande sehe, eine Stelle anzutreten (Urk. 6/19). Des Weiteren zog die IV-Stelle Akten der SUVA bei (Urk. 6/15; Urk. 6/22; Urk. 6/30) und holte beim Medizinischen Zentrum Z. (Z.) ein Gutachten ein, welches am 28. März 2008 erstattet wurde (Urk. 6/60). Mit Vorbescheid vom 29. April 2008 stellte sie dem Versicherten die Abweisung der Begehren um Rente sowie berufliche Massnahmen in Aussicht (Urk. 6/63). Nachdem der Versicherte Einwände erhoben hatte (Urk. 6/70; Urk. 6/72), holte die IV-Stelle einen weiteren medizinischen Bericht (Urk. 6/73/7-14) sowie ergänzende Angaben zum Z.-Gutachten (Urk. 6/75; Urk. 6/84-85) ein. Nach Stellungnahmen des Versicherten (Urk. 6/80; Urk. 6/87) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. April 2009 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen (Urk. 6/102 = Urk. 2).

Mit Verfügungen vom 10. September 2009 sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab dem 1. Juli 2005 eine ganze Rente - basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % - sowie ab dem 1. März 2006, befristet bis zum 31. August 2006, eine halbe Rente - basierend auf einem Invaliditätsgrad von 51 % - zu (Urk. 18/16 und Urk. 6/104 =

Urk. 10/2/1-2).

## E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin machte in ihrer Verfügung vom 21. April 2009 betreffend Berufsberatung (Urk. 2) geltend, dass der Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit seit dem 26. Oktober 2007 wieder ohne Einschränkungen und in einem vollen Pensum ausüben könne. Somit liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden mehr vor (S. 1 unten).

In den Verfügungen vom 10. September 2009 betreffend Rente (Urk. 10/2/2 Verfügungsteil 2) ging die Beschwerdeführerin - insbesondere gestützt auf das Z. \_\_\_-Gutachten respektive die ergänzenden Stellungnahmen dazu (vgl. Urk. 6/101) - davon aus, dass beim Beschwerdeführer aufgrund des Unfallereignisses vom 25. Juli 2004 bis zur kreisärztlichen Untersuchung vom 7. Februar 2006 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl für die angestammte wie auch für angepasste Tätigkeiten bestanden habe. Nach Ablauf des Wartjahres bestehe somit ein Anspruch auf eine ganze Rente (S. 1 unten). Vom 8. Februar 2006 bis zum 7. August 2006 habe dann eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichtere angepasste Tätigkeiten vorgelegen. Aufgrund des Einkommensvergleichs ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 51 %, welcher ab dem 1. März 2006 noch einen Anspruch auf eine halbe Rente begründe. Ab September 2006 bestehe kein Rentenanspruch mehr (S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 18. Dezember 2009 (Urk. 14) beantragte die Beschwerdegegnerin die teilweise Gutheissung der Beschwerde in dem Sinne, dass der Anspruch auf eine ganze Rente bis Ende Mai 2006 und derjenige auf eine halbe Rente bis Ende November 2006 bestehe (S. 7 Ziff. 8).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich in der Beschwerde vom 25. Mai 2009 (Urk. 1) auf den Standpunkt, dass nicht auf die Schlussfolgerungen der Ärzte des Z. \_\_\_ abgestellt werden könne (S. 5 unten). Dem Gutachten des Z. \_\_\_ sowie den Nachträgen dazu sei jeglicher Beweiswert abzuspochen. Der psychiatrische Gutachter habe anlässlich der kurzen Untersuchung keine Testreihen durchgeführt, auf die Einholung von Fremdanamnesen verzichtet und auch keine Rücksprache mit den behandelnden Ärzten genommen. Seine Erkenntnisse habe er offensichtlich primär aus der Befunderhebung gewonnen. Zudem habe er selbst angegeben, dass Teilaspekte bei der Befunderhebung durch die Medikamentenintoxikation verfälscht worden sein könnten (S. 4 unten). Weiter sei auch die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. A. \_\_\_ nicht nachvollziehbar. Dieser habe ein Jahr nach Durchführung der Begutachtung plötzlich eine andere Stellungnahme abgegeben, ohne sich auf die Ausführungen im Gutachten zu beziehen (S. 5). Zum Anspruch auf Berufsberatung führte der Beschwerdeführer aus, dass er aufgrund der massiven Beschwerden und Schmerzen seitens des linken Fusses sowie der Depression nicht in der Lage sei, in der angestammten Tätigkeit als Isoleur oder in einem anderen Beruf tätig zu sein. Selbst wenn er in einer anderen Tätigkeit arbeitsfähig wäre, würde er eine Erwerbseinbusse erleiden, die zu einem Invaliditätsgrad über 20 % führen würde, weshalb ein Anspruch auf Berufsberatung gegeben sei (Urk. 1 S. 6).

In der Beschwerde vom 9. Oktober 2009 (Urk. 10/1) monierte der Beschwerdeführer, dass die Beschwerdegegnerin seinen Anspruch auf rechtliches Gehör massivst verletzt habe (S. 4 unten). Indem die Beschwerdegegnerin

verfÄ¼gungsweise keinerlei Stellung dazu genommen habe, weshalb sie trotz seiner massiven Kritik am Z.\_\_\_\_-Gutachten auf dieses abgestellt habe, habe sie seinen Anspruch auf eine sachgerechte BegrÄ¼ndung verletzt (S. 5 Mitte).

2.3ÄÄÄÄ Streitig und zu prÄ¼fen ist, wie es sich mit der ArbeitsfÄ¼higkeit und dem InvaliditÄ¼tsgrad des BeschwerdefÄ¼hrers verhÄ¼lt. Dabei stellt sich insbesondere die Frage, ob auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten samt den ergÄ¼nzenden Angaben abgestellt werden kann.

### E. 3

3.1ÄÄÄÄ VerfÄ¼gungen der VersicherungstrÄ¼ger mÄ¼ssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine BegrÄ¼ndung enthalten, d.h. eine Darstellung des vom VersicherungstrÄ¼ger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen ErwÄ¼gungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG). Die BegrÄ¼ndung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann mÄ¼glich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich Ä¼ber die Tragweite des Entscheids ein Bild machen kÄ¼nnen. In diesem Sinne mÄ¼ssen wenigstens kurz die Ä¼berlegungen genannt werden, von denen sich der VersicherungstrÄ¼ger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stÄ¼tzt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrÄ¼cklich mit jeder tatbestÄ¼ndlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinander setzen muss; vielmehr kann sie sich auf die fÄ¼r den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschrÄ¼nken (BGE 126 V 80 Erw. 5b/dd mit Hinweis, 118 V 58 Erw. 5b).

Der Mangel eines nicht oder nur ungenÄ¼gend begrÄ¼ndeten Entscheides kann gemÄ¼ss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rechtsmittelverfahren geheilt werden, sofern die fehlende BegrÄ¼ndung in der Vernehmlassung der entscheidenden BehÄ¼rde zum Rechtsmittel enthalten ist oder den beschwerdefÄ¼hrenden Parteien auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird, diese dazu Stellung nehmen kÄ¼nnen und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (BGE 107 Ia 2 f.). GemÄ¼ss der Rechtsprechung des EidgenÄ¼ssischen Versicherungsgerichtes kann es jedoch nicht der Sinn des durch die Rechtsprechung geschaffenen Instituts der Heilung des rechtlichen GehÄ¼rs sein, dass VersicherungstrÄ¼ger sich Ä¼ber den elementaren Grundsatz des rechtlichen GehÄ¼rs hinwegsetzen und darauf vertrauen, dass solche VerfahrensmÄ¼ngel in einem vom durch den Verwaltungsakt Betroffenen allfÄ¼llig angehobenen Gerichtsverfahren behoben wÄ¼rden. Der Umstand, dass eine solche HeilungsmÄ¼glichkeit besteht, rechtfertigt es demnach nicht, auf die AnhÄ¼rung des Betroffenen vor Erlass eines Entscheides zu verzichten. Denn die nachtrÄ¼gliche GewÄ¼hrung des rechtlichen GehÄ¼rs bildet hÄ¼ufig nur einen unvollkommenen Ersatz fÄ¼r eine unterlassene vorgÄ¼ngige AnhÄ¼rung. Abgesehen davon, dass ihr dadurch eine Instanz verloren gehen kann, wird der betroffenen Person zugemutet, zur Verwirklichung ihrer Mitwirkungsrechte ein Rechtsmittel zu ergreifen.

Von der RÄ¼ckweisung der Sache zur GewÄ¼hrung des rechtlichen GehÄ¼rs an die Verwaltung ist nach dem Grundsatz der VerfahrensÄ¼konomie dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnÄ¼tigen VerzÄ¼gerungen fÄ¼hren wÄ¼rde, die mit dem gleichlaufenden und der AnhÄ¼rung gleichgestellten Interesse der versicherten Person an einer mÄ¼glichst befÄ¼rderlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht zu vereinbaren sind (BGE 120 V 362 Erw. 2b, 116 V 186

Erw. 3c und d).

3.2. In den Verfügungen vom 10. September 2009 (Urk. 10/2 Verfügungsstück 2) wurde auf die medizinische Würdigung nicht eingegangen, obwohl der Beschwerdeführer das Z.\_\_\_\_-Gutachten wiederholt kritisiert hatte. Dabei handelt es sich in der Tat um einen Mangel. So hätte in den Verfügungen mindestens kurz dargelegt werden müssen, dass und weshalb auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten abgestellt wird. Vorliegend kann dieser Mangel jedoch aufgrund des Beschwerdeverfahrens mit einer ausführlichen Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 14) und einem zweiten Schriftenwechsel als geheilt betrachtet werden. Auch nach dem Grundsatz der Verfahrenseffizienz wäre von der Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin bloss zur Gewährung des rechtlichen Gehörs abzusehen.

#### E. 4

4.1. Nach einem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Rehaklinik B.\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2004 bis 2. Februar 2005 wurden im Austrittsbericht vom 9. Februar 2005 (Urk. 6/15/2-9 = Urk. 18/14/6-13; vgl. auch Bericht über das psychosomatische Konsilium, Urk. 6/15/10-13) im Wesentlichen folgende Diagnosen genannt (S. 1 lit. A und B):

- Unfall vom 25. Juli 2004 (beim Treppensteigen linker Fuss verdreht und gefallen)
- OSG-Distorsion Grad III
- Diagnose retrospektiv: Lisfranc-Verletzung links
- im Verlauf Morbus Sudeck Fuss links mit Regredienz
- 30. Dezember 2004 Szintigraphie: keine Zeichen für Morbus Sudeck; Status nach Fraktur beziehungsweise OSG-Distorsion linker Fuss
- depressives Syndrom im Ausmass einer Major-Depression (leicht bis mittelgradig)

Zusammenfassend hielten die berichtenden Ärzte fest, dass aktuell ein Status nach noch nicht geheilter Lisfranc-Verletzung am linken Fuss bestehe mit anhaltenden belastungsabhängigen Schmerzen und leichter Schwellung über dem Fussrist. Weder klinisch noch bildgebend beständen aktuell Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Morbus Sudeck. Es liege ein hinkendes Gangbild vor, mit Teil- und Fehlbelastung, vor allem mit dem lateralen Fussrand, wobei mit der orthopädischen Schuhversorgung eine deutliche Beschwerdelinderung und eine leichte Verbesserung des Gangbildes erreicht worden sei. Ausserdem beständen eine eingeschränkte Beweglichkeit des OSG links sowie eine leicht eingeschränkte Zehenbeweglichkeit. Es bestehe eine depressive Stimmungslage, welche wahrscheinlich zur Verschlechterung der Schmerzbewältigung und auch zu intensiverem Schmerzerleben beitrage. Unter antidepressiver medikamentöser Therapie sei eine deutliche Aufhellung erfolgt (S. 1 unten).

Aus unfallkausaler Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die angestammte Tätigkeit als Isoleur. Aktuell zumutbar wären aufgrund der Fussverletzung eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit auf ebenem Boden halbtags beziehungsweise eine überwiegend sitzende Tätigkeit ganztags. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 oben und S. 3 unten). Berufliche Massnahmen würden im jetzigen Zeitpunkt nicht empfohlen, da die

Belastbarkeit des Beschwerdeführers minim sei, es beständen knapp sieben Monate nach Initialtrauma noch deutliche Restbefunde (S. 3 Mitte).

Im Bericht über das psychosomatische Konsilium vom 21. Dezember 2004 (Urk. 6/15/10-13) wurde festgehalten, dass aus psychischer Sicht eindeutig ein depressives Syndrom vorliege, das einer spezifischen Behandlung mittels Antidepressiva bedürfe. Auffällig sei die psychosoziale Situation und Vorgeschichte des Beschwerdeführers, der als offenbar sehr integrationswilliger Immigrant wegen des vorwiegend psychischen Leidens seiner Ehefrau schon lange unter erheblicher Doppelbelastung gestanden sei und wegen diesbezüglicher Erschöpfung und Überforderung auch noch die Arbeitsstelle verloren habe. Offensichtlich seien die kompensatorischen Ressourcen des Beschwerdeführers in den letzten Jahren bis auf die äußerste angestrengt und teilweise auch aufgebraucht worden, wobei die Situation allerdings in letzter Zeit, vor dem jetzigen Unfall, wieder stabiler und kompensierter gewesen sei. Die häusliche Atmosphäre sei aber sicher sehr belastend angesichts des sich schwierig gestaltenden Beisammenseins beider psychisch kranker Ehepartner (S. 3 f.).

4.2 Dr. med. A. \_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, Dr. med. C. \_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Dr. med. D. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, vom Z. \_\_\_\_, erstatteten am 28. März 2008 ein Gutachten (Urk. 6/60), welches auf einer internistischen, einer rheumatologisch-orthopädischen und einer psychiatrischen Untersuchung sowie den vorhandenen Akten basierte (vgl. S. 1 und S. 20). Die begutachtenden Ärzte konnten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit feststellen (S. 33 Ziff. 6.1). Sie nannten im Wesentlichen die folgenden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 33 Ziff. 6.2):

- chronisch intermittierende Metatarsalgie links
- intermittierendes lokales Lumbalsyndrom
- initiale Hallux rigidus Bildung beidseits
- akute

#### Psychopharmaka-Intoxikation

Im Rahmen der internistischen Untersuchung sei aufgrund der ausgeprägten Schlaflosigkeit des Beschwerdeführers ein Drogenscreening im Urin durchgeführt worden, welches negativ gewesen sei. Der Medikamentenspiegel sei hingegen bezüglich Mirtazapin (Remeron), Desmethylmirtazapin und Citalopram massiv erhöht gewesen (S. 35 Ziff. 7.3).

Bei der rheumatologisch-orthopädischen Untersuchung seien klinisch zahlreiche Inkonsistenzen aufgefallen. Funktionell lasse sich eine altersentsprechend freie Beweglichkeit des oberen wie auch des unteren Sprunggelenkes objektivieren. Weder klinisch noch bildgebend hätten sich Hinweise für einen floriden oder abgelaufenen Morbus Sudeck feststellen lassen. Besonders inkonsistent habe sich die Schilderung der Schmerzsymptomatik im Rahmen des klinischen Untersuchungsgangs dargestellt, indem wechselnde Schmerzlokalisationen angegeben worden seien, die physiologisch nicht nachvollziehbar seien. Insgesamt lasse sich aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht für die geschilderten Beschwerden kein anatomisches Korrelat verifizieren. Bei der Schilderung der Beschwerden, die ausgehend vom linken Fuss bis in den Rücken

ausstrahlten, müsse angesichts fehlender pathomorphologischer Befunde von einer Symptomausweitung ausgegangen werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht resultiere bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Isoleur, insbesondere vor dem Hintergrund der arbeitsanamnestischen Angaben, keine Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 36 Ziff. 7.3).

Der psychiatrische Gutachter Dr. D. \_\_\_ gab zu den psychopathologischen Befunden an, das Bewusstsein des Beschwerdeführers sei von starker Müdigkeit geprägt, er habe Mühe, die Augen offen zu halten, wirke ausgesprochen verhangen und kämpfe während der psychiatrischen Exploration gegen ein Einschlafen. Die Grundstimmung sei schwer zu beurteilen, wirke müdigkeitsbedingt niedergeschlagen, jedoch ohne dass dabei die affektive Schwingungsfähigkeit eingeschränkt sei. Die Beschwerdeschilderungen seien teils ausufernd, es werde ein deutliches Mitteilungs- und Erklärungsbedürfnis sowie eine Tendenz zur Ausdeutung der eigenen Beschwerden (Aggravation) spürbar. Der formale Gedankengang sei müdigkeitsbedingt verlangsamt, dabei aber geordnet und nachvollziehbar, inhaltlich auf die Beschwerdeschilderung und eigenen Defizite fokussiert. Das Antriebsverhalten sei ebenfalls am ehesten müdigkeitsbedingt reduziert (S. 29 f.). Im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung führte Dr. D. \_\_\_ aus, der Remeron- und auch Cipralex-Spiegel sei in über 10-fach erhöhter Konzentration, bezogen auf die therapeutischen Normalwerte, im Blut des Beschwerdeführers nachweisbar. Hieraus ergebe sich der dringende Verdacht auf eine bewusst oder versehentlich herbeigeführte Medikamentenüberdosierung vor der polydisziplinären Begutachtung (S. 31 Mitte). Die Kriterien für die Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode seien beim Beschwerdeführer nicht erfüllt. Dieser sei affektiv durchaus schwingungsfähig, zeige keine gedrückte Grundstimmung und imponiere trotz der Medikamentenintoxikation mit einem gut modulierten affektiven Rapport. Auch fielen sich klinisch keine Hinweise auf Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen. Die Kriterien für eine Somatisierungsstörung würden ebenfalls nicht erfüllt (S. 31 f.). Aus psychiatrischer Sicht liege keine Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Dies lasse sich trotz der akuten Medikamentenintoxikation feststellen, wenngleich eine

Nachuntersuchung auf psychiatrischem Fachgebiet in nicht-intoxiziertem Zustand zu empfehlen sei (S. 32 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht für eine Verweistätigkeit und auch für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Isoleur uneingeschränkt, das heisst zu 100 % arbeitsfähig (S. 37 Ziff. 7.4; S. 38 Ziff. 7.7). Eine berufliche Umstellung sei deshalb aus medizinischen Gründen nicht erforderlich (S. 40 Frage 8).

4.3 Ä Ä Ä Dem Bericht der Ärzte des F. \_\_\_ Ambulatoriums vom 1. September 2008 (Urk. 6/73/7-14) ist die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom zu entnehmen. In Bezug auf die somatischen Diagnosen wurde auf den Bericht der Rehaklinik B. \_\_\_ verwiesen (S. 2 Ziff. 1.1). Zum Psychostatus wurde ausgeführt, das formale Denken des Beschwerdeführers sei eingengt auf seine eingeschränkte Leistungsfähigkeit und die körperliche Symptomatik. Die Stimmung sei deprimiert, traurig, zeitweise hoffnungslos und verbittert, die Schwingungsfähigkeit reduziert. Innerlich sei er unruhig, ängstlich und es beständen negative Kognitionen.

Der Antrieb sei reduziert und es bestehe ein sozialer Rückzug. Der Beschwerdeführer habe Ein- und Durchschlafstörungen. Appetit und Sexualität seien vermindert (S. 4 Ziff. 3.5).

Aus Sicht der berichtenden Ärzte kam es nach dem Unfall zur Entwicklung eines depressiven Syndroms, welches diagnostisch zunächst im Rahmen einer Anpassungsstörung gesehen werden könne. In der Folge sei keine wesentliche Remission der depressiven Symptomatik erfolgt, so dass der Übergang in eine depressive Episode nahe liege. Die vom Beschwerdeführer geschilderte anhaltende Schmerzproblematik könne als eine im Verlauf der depressiven Störung aufgetretene Symptomatik mit überwiegend psychogenem Ursprung gedeutet werden, differentialdiagnostisch liege eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor (S. 1 f.). Die Arbeitsfähigkeit sei durch Chronifizierung und Dekonditionierungsprozesse erheblich eingeschränkt. Für eine Tätigkeit im angestammten Beruf als Isoleur liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Juli 2004 vor (S. 2 oben und Ziff. 2). Zu den psychischen Ressourcen wurde angegeben, dass Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit mittelgradig eingeschränkt seien, betreffend Konzentrationsvermögen und Auffassungsvermögen beständen keine Einschränkungen (S. 6 unten). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei eine Erwerbstätigkeit von anfänglich 5-10 Stunden pro Woche mit einer Steigerung auf 20 Stunden pro Woche denkbar (S. 7 Ziff. 5.2).

4.4 Nachdem die Beschwerdegegnerin Rückfragen zum Z.\_\_\_\_-Gutachten gestellt hatte (Urk. 6/74), nahm der psychiatrische Gutachter Dr. D.\_\_\_\_ am 23. Oktober 2008 Stellung (Urk. 6/75). Er führte aus, die eigenen Untersuchungsergebnisse vom 6. November 2007 liessen eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab Datum der Begutachtung zu. Da anhand der vorliegenden medizinischen Berichterstattung auf psychiatrischem Fachgebiet seit dem Unfallereignis keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes im Verlauf beschrieben werde, müsse eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus versicherungspsychiatrischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch für die Zeit zwischen dem Unfallereignis und der Begutachtung bestanden haben (S. 1). Diskrepanzen bei der diagnostischen Einschätzung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zwischen behandelnden Ärzten und Gutachtern seien häufig zu beobachten und könnten auch im vorliegenden Fall auf die Unterschiede im therapeutischen und versicherungsmedizinischen Denken und Bewerten von Gesundheitsschäden zurückzuführen sein. Der behandelnde Arzt handle gegenüber seinem Patienten naturgemäss vorrangig entlastend und wohlwollend (S. 1 f.).

Auf weitere Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 6/82) gab Dr. D.\_\_\_\_ am 19. Januar 2009 (Urk. 6/84) an, eine allfällige Nachuntersuchung auf psychiatrischem Fachgebiet sei in diesem Fall nicht obligatorisch. Trotz der Medikamentenintoxikation habe ein aussagefähiger psychopathologischer Befund erhoben werden können. Teilaspekte bei der Befunderhebung, beispielsweise betreffend Vigilanz, könnten aber durch die hier vorgelegene Psychopharmaka-Intoxikation verälscht worden sein. Aus diesem Umstand resultiere formal die Notwendigkeit einer Nachuntersuchung. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit würde eine erneute psychopathologische Befunderhebung in einem nicht-intoxikierten Zustand beim Beschwerdeführer jedoch zu keiner abweichenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit

fÄ¼hren.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Des Weiteren Äusserte sich Chefarzt Dr. A. \_\_\_ am 27. Januar 2009 (Urk. 6/85) zu den Zusatzfragen zum Z. \_\_\_-Gutachten. Er fÄ¼hrte aus, dass im Rahmen des stationÄren Aufenthaltes in der Rehaklinik B. \_\_\_ der Verdacht auf einen regredienten Morbus Sudeck geÄussert worden sei. Nach der Entlassung aus B. \_\_\_ hÄ¼tten die Schmerzen im linken Fuss persistiert. In der Skelettszintigraphie vom 6. April 2005 hÄ¼tten aber keine Anhaltspunkte fÄ¼r einen Morbus Sudeck mehr festgestellt werden kÄ¼nnen. Auch anÄsslich der kreisÄrztlichen Untersuchung vom 7. Februar 2006 habe sich kein objektivierbares Korrelat fÄ¼r die angegebenen Fusschmerzen gefunden. Demzufolge sei dem BeschwerdefÄ¼hrer auch eine volle ArbeitsfÄ¼higkeit attestiert worden (S. 1 f.). Retrospektiv kÄ¼nne angenommen werden, dass der BeschwerdefÄ¼hrer aufgrund des komplizierten und protrahierten Heilverlaufes seit dem Unfallereignis vom 25. Juli 2004 bis zur kreisÄrztlichen Abschlussuntersuchung vom Februar 2006 zu 100 % arbeitsunfÄ¼hig gewesen sei, sowohl in seiner TÄ¼tigkeit als Isoleur als auch in einer behinderungsangepassten TÄ¼tigkeit. Danach hÄ¼tte er eine behinderungsangepasste TÄ¼tigkeit mit einem Teilpensum von 50 % (halbtags) wieder aufnehmen und dieses im Verlauf der nÄ¼chsten 6 Monate auf 100 % steigern kÄ¼nnen. Ab diesem Zeitpunkt wÄ¼re auch die TÄ¼tigkeit als LÄ¼ftungssoleur wieder zu 100 % zumutbar gewesen (S. 2).

4.5Ä Ä Ä Ä Im Bericht der Ärzte des F. \_\_\_ Ambulatoriums vom 16. Oktober 2009 (Urk. 12) wurde die Diagnose einer anhaltenden depressiven StÄ¼rung mit wechselhafter, leicht- bis mittelgradiger AusprÄ¼gung bei zugrunde liegender Schmerzsymptomatik bei Status nach Distorsionstrauma am linken Fuss im Juli 2004 mit folgender Entwicklung eines Morbus Sudeck genannt (S. 1 oben). Zum Befund wurde angegeben, der BeschwerdefÄ¼hrer sei wach, bewusstseinsklar und zu allen QualitÄ¼ten orientiert. Aufmerksamkeit und GedÄ¼chtnis wÄ¼rden keine groben Defizite zeigen, die Konzentration scheinereduziert. Im Affekt sei er traurig. Er beschreibe eine niedergeschlagene Stimmung, InsuffizienzgefÄ¼hle, ZukunftsÄ¼ngste und er habe EinschlafstÄ¼rungen, aktuell eine fehlende Tagesstruktur und einen verminderten Antrieb (S. 1 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum Verlauf wurde ausgefÄ¼hrt, es werde eine Behandlung mit Medikamenten durchgefÄ¼hrt, welche zu einer leichten Besserung der Symptomatik gefÄ¼hrt habe. Dennoch sei ein depressives Syndrom weiterhin zu beobachten. Ein anhaltender Erfolg der antidepressiven Behandlung sei vor einer Besserung in den Problembereichen unwahrscheinlich. Das Familiensystem als Ganzes arbeite an der Grenze der LeistungsfÄ¼higkeit, weshalb eine LÄ¼sung der finanziellen Fragen eine dringend erforderliche und erhebliche Entlastung wÄ¼re. Zurzeit bestehe auch aus psychiatrischen GrÄ¼nden eine ArbeitsunfÄ¼higkeit von 100 %. Eine erhebliche Steigerung der LeistungsfÄ¼higkeit sei momentan eher unwahrscheinlich (S. 2 unten).

4.6Ä Ä Ä Ä Dem Bericht von Prof. Dr. med. G. \_\_\_, Facharzt fÄ¼r Strahlentherapie, Gemeinschaftspraxis fÄ¼r Strahlentherapie in H. \_\_\_, vom 30. April 2010 (Urk. 29) ist die Diagnose eines exazerbierten Schmerzsyndroms nach Sudeck linker Fuss zu entnehmen. Dr. G. \_\_\_ fÄ¼hrte aus, bei der Untersuchung des BeschwerdefÄ¼hrers habe sich eine Druckschmerzhaftigkeit und RÄ¼tung im Bereich des linken Fusses gezeigt. Der linke Fuss sei in toto hyperpathisch. Belastbarkeit und GehfÄ¼higkeit seien deutlich eingeschrÄ¼nkt. In Anbetracht der Gesamtsituation halte er eine Radiotherapie fÄ¼r klar indiziert.





6.2 Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6.3 Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese wird vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist vorliegend eine Entschädigung von Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen, welche der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerden werden in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtenen Verfügungen vom 21. April 2009 sowie vom 10. September 2009 aufgehoben werden und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über die Ansprache des Beschwerdeführers neu verfähre.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- 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. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Stephan Käbler
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- 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.