

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01322 vom 29. Dezember 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-12-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.01322

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01322 du 29 décembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01322 del 29 dicembre 2010

Erwägungen

E. 3

3.1. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 3. November 2008, 9C_562/2008, Erw. 2.1).

3.2. Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (seit 1. Januar 2004: oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen) die anspruchsbefreiende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV (vgl. aus der jüngeren Rechtsprechung Urteile F. vom 15. März 2006, I 583/05, Erw. 2.3.2, R. vom 11. Januar 2005, I 444/04, Erw. 5.3.2, und P. vom 14. Dezember 2004, I 486/04, Erw. 3.1) ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (BGE 119

E. 4

4.1 Nachdem die Beschwerdegegnerin ursprünglich von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit in körperlich angepasster Tätigkeit ausgegangen war und bei einem Invaliditätsgrad von 35 % mit Verfügung vom 2. Oktober 2000 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint hatte (Urk. 15/19), und nachdem mit Urteil des EVG vom 7. April 2003 die Sache zur Einholung eines psychiatrischen Gutachtens zurückgewiesen worden war (Urk. 15/51), gewährte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 15. November 2004 (Urk. 15/81) nach Massgabe einer Invalidität von 62 % eine Dreiviertelrente, welche in der Folge mit unangefochtenem Einspracheentscheid vom 5. April 2005 (Urk. 15/95) bestätigt wurde. Dabei stellte sie auf das Gutachten von lic. phil. W. ___ und Dr. Y. ___ vom 8. Januar 2004 (Urk. 15/63) ab (Feststellungsblatt für den Beschluss vom 15. Juli 2004; Urk. 15/77). Die Gutachter beschrieben unter dem Titel "Objektive Befunde" einen 39-jährigen, normal gekleideten Mann, wach, allseits orientiert und psychomotorisch ruhig. Anfänglich habe sich der Kontakt zu ihm schwierig gestaltet. Mit der Zeit habe er Vertrauen fassen und offen und nachvollziehbar seine Lebensgeschichte erzählen können. Er habe freundlich und zufrieden gewirkt. Bisweilen habe sein Verhalten jedoch eher aggressiv gewirkt, vor allem scheine er starke Antipathien gegenüber seinen behandelnden Ärzten empfunden zu haben. Angesprochen auf mögliche Eingliederungsmassnahmen sei er in seinen Argumenten kompliziert geworden und es habe geschienen, dass er nicht bereit gewesen sei, seine gegenwärtige Arbeitssituation zu verändern. Auffällige Aufmerksamkeits-, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen hätten sich ebensowenig feststellen lassen wie deutliche Anzeichen für eine schwere invalidisierende depressive Stimmung. In der Hamilton Depressionsskala habe er einen Wert von 16 Punkten erreicht, was einer leichten depressiven Episode entspreche. Der Beschwerdeführer habe von Schlafstörungen, von Schmerzen, von diversen vegetativen Beschwerden berichtet. Er habe öfters keine Lebensfreude mehr und sei manchmal deprimiert. In Gestik oder Mimik seien in den Gesprächen keine Hinweise auf Schmerzen sichtbar gewesen. Herr X. ___ sei jeweils über anderthalb Stunden gesessen, ohne dass er Beschwerden angegeben hätte. Formale oder inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen, Zwänge, Ängste oder eine schwere Ich-Pathologie hätten sich nicht beobachten lassen.

Gestützt auf diese Befundlage diagnostizierten sie eine leichte bis mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.0) sowie Hinweise auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), hielten den Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig, waren aber der Meinung, dass die psychiatrische Erkrankung mittels einer zusätzlichen antidepressiven Behandlung verbessert werden könne.

4.2 Im Zuge der im Juni 2007 eingeleiteten Revision holte die Beschwerdegegnerin folgende Berichte ein:

4.2.1 Dr. A. ___ hielt in seinem Verlaufsbericht vom 16. Juli 2007 einen stationären Gesundheitszustand sowie seit dem Jahre 2002 unveränderte Befunde fest und diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, eine mediolaterale Diskushernie L5/S1 sowie eine Tendinitis humeroscapularis rechts bei erfolgloser Operation im C. ___ vom 20.

April 2007 (Urk. 15/106).

4.2.2.1 PD Dr. B. ___ berichtete am 30. Juli 2007 unter Beilage mehrerer Berichte der Uniklinik C. ___ von einem sich verschlechterndem Gesundheitszustand. Der Beschwerdeführer sei in der Uniklinik C. ___ wegen der rechten Schulter operiert worden und habe seither mehr Beschwerden. Die lumbalen Beschwerden seien gleich geblieben. Der Patient habe deutliche Schmerzen, auch Ruheschmerzen, im Bereich der rechten Schulter. Er benötige deswegen regelmäßig Tramal, daneben Voltaren, Pantozol und 3 g Dafalgan (Urk. 15/108/1).

4.2.3.1 Am 16. Mai 2008 erstattete das D. ___ das von Prof. Dr. med. F. ___ (Chefarzt) und Dr. med. G. ___, Fachärzte für Orthopädie, Dr. med. H. ___, Facharzt für Innere Medizin, sowie Dr. med. I. ___ erstellte polydisziplinäre Gutachten (Urk. 15/119).

4.2.3.1 Im Hauptgutachten diagnostizierten sie mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein chronisches lumbovertebrales und lumbospondylogenes Syndrom mit/bei fortgeschrittener Osteochondrose und beidseitiger rechtsbetonter Diskushernie mit Obliteration des Rezessus lateralis rechts und S1-Wurzelirritation sowie rumpfmuskulärem Globaldefizit und Dysbalance mit reaktiver Tendopathie der rechtsseitigen iliolumbalen Bandansätze, (2) ein Impingementsyndrom beider Schultergelenke bei jeweils Status nach Rotatorenmanschettenteilruptur rechts 2002 und links 2007, Status nach Abriss der langen Bizepssehne rechts 2002, Status nach arthroskopischer Revision der rechten Schulter April 2007 und (3) eine leichte depressive Episode (F32.0) vor dem Hintergrund einer psychosozialen Belastungssituation mit Migrationsproblematik und bei anhaltenden Zervicobrachialgien sowie Dorsolumbalgien. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie (4) einen Status nach arthroskopischer Revision des rechten Kniegelenkes bei anamnestischer Innenmeniskusschädigung ohne Folgen, (5) ein arterieller Hypertonus, (6) einen Zustand nach Polypektomie eines Kolonpolypen, (7) einen Verdacht auf gastroösophageale Refluxkrankheit (bei Angabe von Sodbrennen), (8) einen Verdacht auf Gastritis bei Schmerzmitteleinnahme, (9) eine Hypercholesterinämie sowie (10) einen Nikotinabusus (S. 13).

Im Jahre 1999 sei bildgebend eine Diskushernie L5/S1 identifiziert worden. Im aktuellen CT der Lendenwirbelsäule vom 31. August 2006 sei eine fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1 mit rechtsbetonter Diskushernie und Obliteration des Rezessus lateralis rechts beschrieben worden. Der Befund führe zu einer Kompromittierung der rechtsseitigen S1-Wurzel. Aktuell seien orthopädisch keine Folgen einer längerfristigen motorischen Schädigung der S1-Wurzel auszumachen. Die Muskulatur beider Beine sei seitengleich und zumindest mittelkräftig. Es fänden sich keine trophischen Störungen. Das Reflexverhalten der unteren Extremitäten sei bei der orientierenden orthopädischen Untersuchung seitengleich und normal auszufallen. Es bestehe eine diskrete rechtsseitige sensible S1-Symptomatik. Das Gehvermögen sei zügig, raumgreifend und harmonisch. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei endphasig schmerzhaft. Zusammenfassend komme der im CT nachgewiesenen Diskushernie L5/S1 ein schmerzverursachender Aspekt und auch ein Aspekt der Minderung der Belastbarkeit der Wirbelsäule zu, die Beweglichkeit sei jedoch frei. Der Versicherte sei zumindest in der Lage, wechselbelastende leichte, die Wirbelsäule schonende Arbeiten zu verrichten (S. 14).

Seit 2002 sei eine schmerzhaft eingeschränkte Funktion der rechten Schulter und seit 2007 eine ebensolche Einschränkung der linken Schulter bekannt. Der Versicherte beziehe seine Schulterschmerzhaftigkeit einerseits auf einen Arbeitsunfall aus dem Jahre 2002. Er sei auf einer Baustelle auf einer Treppe gestürzt und auf die rechte Schulter gefallen. Es sei auch zu einem Abriss der langen Bizepssehne gekommen. Ende 2007 sei er mit der linken Schulter an einen Türrahmen angestossen. Es sei auch links zu einer Rotatorenmanschettenruptur gekommen. Im aktuellen Arthro-MRI der linken Schulter vom 27. Februar 2008 sei eine Tendinose der distalen Supraspinatusportion der Rotatorenmanschette und eine Subscapularistendomyopathie beschrieben worden und es bestehe ferner eine mässige AC-Gelenkarthrose. Klinisch funktionell imponiere ein beidseitiges Schulter-Impingement bei jedoch noch vollständiger Bewegungsmöglichkeit. Die Globalfunktionen des Nacken-, Schulterblatt- und Nackengriffes seien aktiv vollständig möglich, sie führten jedoch endphasig zu Schmerzauslösungen in der rechten und in der linken Schulter. Tätigkeiten in der Schultertherapie sollten aus präventiven Gründen der Beschwerdeverschlimmerung gemieden werden (S. 14).

Aus orthopädischer Sicht sei der Versicherte in der Lage, leichte und wechselbelastende Arbeiten zu verrichten. Diese sollten ohne repetitive Bewegungsanforderungen für die Wirbelsäule einhergehen. Wegen der beschriebenen Schulterpathologie sollten Arbeiten in der Schultertherapie nicht mehr zugemutet werden. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei dauerhaft mit 10 kg limitiert. Leichte wechselbelastende Arbeiten seien auf einem 100%-Niveau zumutbar. Die frühere ausgeübte Tätigkeit auf Baustellen überschreite das vorhandene Restleistungsvermögen aus orthopädischer Sicht. Die psychiatrisch identifizierte Diagnose einer leichten depressiven Episode (F32.0) vor dem Hintergrund einer psychosozialen Belastungssituation mit Migrationsproblematik und bei anhaltenden Zervicobrachialgien sowie Dorsolumbalgien begründe eine Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % (S. 14 f.).

4.2.3.2 Der psychiatrische Experte Dr. I. ___ stellte seine Diagnose und seine Beurteilung der Leistungsfähigkeit auf folgende Befundlage (S. 29 ff.):

Erscheinen: Der Versicherte sei pünktlich zum vereinbarten Untersuchungstermin erschienen. Die Exploration sei unter Hinzuziehung einer Übersetzerin für die italienische Sprache erfolgt. Die Kommunikation mit dem Versicherten sei gut möglich gewesen, mit der Hilfe der Übersetzerin habe die Sprachbarriere überbrückt werden können.

Äusseres: Der Versicherte sei sauber und ordentlich, schlicht und sportlich bekleidet, das äussere Erscheinungsbild weitgehend unauffällig und altersentsprechend gewesen.

Kontaktverhalten: Die Kontaktaufnahme sei unproblematisch, ein tragfähiger Kontakt rasch herstellbar und durchgehend aufrecht zu erhalten gewesen. Der Versicherte habe sich in der Untersuchungssituation stets angemessen und adäquat verhalten. Kontrastierend zu den Angaben massiver Schmerzen sei im Bewegungsmuster des Versicherten keine Schmerzschonhaltung aufgefallen. Nur kurzfristig, bei der Erörterung der Schmerzsymptomatik, habe der Versicherte plötzlich, für wenige Sekunden anhaltend, ein schmerzverzerrtes Gesicht gezeigt und sich zu krümmen

begonnen. Im weiteren Verlauf der psychiatrischen Exploration sei der Versicherte jedoch wieder gut von den Schmerzen ablenkbar und keineswegs darauf eingeeignet gewesen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufmerksamkeit und Konzentration: Der Versicherte habe aufmerksam und alert das gesamte Untersuchungsgeschehen verfolgt. Ein Nachlassen von selektiver oder geteilter Aufmerksamkeit von Ausdauer und Konzentration habe sich über den Explorationszeitraum hinweg nicht gefunden. Die höheren kognitiven Funktionen wie Ein- und Umstellfähigkeit, problemlösendes Denken und Handeln hätten intakt gewirkt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Denken, Sprache, Sprechen und Wahrnehmung: Der Versicherte habe flüssig gesprochen, die Sprachfrequenz sei hoch und die Sprachmodulation unauffällig gewesen. Das Sprechen sei hinreichend kraftvoll gewesen, die Wortwahl habe adäquat gewirkt. Im formalen Denken habe sich keine Beeinträchtigung gefunden. Der formale Denkablauf sei flüssig, geordnet und kohärent gewesen. Eine depressive Denkhemmung habe sich nicht ausmachen lassen. Auch sei das Denken nicht gesperrt, beschleunigt oder inkohärent gewesen. Inhaltliche oder psychotische Denkstörungen hätten sich nicht ausmachen lassen. Eine Gefangenheit in Schmerzen, in negativen oder depressiven Kognitionen habe sich nicht gefunden. Keine illusionären Verkennungen, keine halluzinatorischen Fehlwahrnehmungen und auch kein Wahn seien bemerkbar gewesen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ich-Bewusstsein: Das Ich-Bewusstsein sei ohne Hinweise auf psychotische Störungen erhalten gewesen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Intelligenz: Das Intelligenzniveau habe unter Berücksichtigung von Schulbildung, beruflichem Werdegang und allgemeiner Sozialisation durchschnittlich gewirkt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Willens- und Antriebsstörung: Es habe sich kein Anhalt für eine krankheitswertige Antriebsstörung gezeigt. Der Antrieb sei erhalten und nicht herabgesetzt gewesen. Auch eine Steigerung des Antriebsniveaus habe sich nicht ausmachen lassen. Ambivalenz und Ambitendenz hätten sich nicht gezeigt. Der intentionale Spannungsbogen habe durchgehalten werden können, die Willenskräfte seien zielgerichtet gewesen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Psychomotorik: Der Versicherte sei psychomotorisch durchaus rege gewesen. Eine depressive Hemmung der Psychomotorik habe sich zu keinem Zeitpunkt ausmachen lassen. Gestik und Mimik seien ausdrucksreich gewesen und hätten Stimmung und Affekt stets synthym unterstrichen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Affektivität: Der Versicherte habe in der emotional affektiven Schwingungsfähigkeit leicht eingeeignet gewirkt, die Grundstimmung sei leicht zum depressiven Pol verschoben gewesen. Durchgehend habe sich eine vermehrte Dysphorie, verknüpft mit vermehrter Kränkbarkeit gezeigt. Gleichwohl sei es zeitweilig auch möglich gewesen, den Versicherten aus der dysphorischen Stimmung heraus aufzuhellen. Kurzfristig habe der Versicherte auch mehrfach lächeln oder gar lachen können.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zwänge und Phobien: Anhaltspunkte für Zwangssymptome, generalisierende Ängste oder die psychischen Grundfunktionen nachhaltig beeinträchtigende phobische Störungen hätten sich nicht gefunden. Im Hintergrund hätten sich Existenzängste und Zukunftssorgen gezeigt, welche aber nie nachhaltig den

psychischen Befund geprägt hätten.

Realitätsorientierung: Der Versicherte sei in seiner Realitätsorientierung ungestört gewesen.

Motivation: Der Versicherte habe vordergründig angegeben, dass er sich nach einer Rückkehr in den Arbeitsprozess sehne, die vorgetragene körperlichen Beschwerden hätten aber deutlich gemacht, dass der Versicherte sich von einer beruflichen Re-Orientierung inzwischen distanziert habe.

Grundbedürfnisse: Es seien Libidominderung und schmerzassoziierte Dyssonomie sowie gelegentliche nächtliche Gräbelei angegeben worden. Darüber hinaus hätte kein Anhalt für Beeinträchtigung bei der Befriedigung der Grundbedürfnisse bestanden.

Persönlichkeit: In der Primärpersönlichkeit des Versicherten hätten sich wie bereits in der Vergangenheit beschriebene narzisstische Akzente mit vermehrter Kränkbarkeit und einem eher narzisstisch geprägten Selbstbild gezeigt. Die narzisstischen Persönlichkeitsakzente seien jedoch nicht so ausgeprägt gewesen, dass von einer Persönlichkeitsstörung im Sinne der Kriterien des ICD 10 ausgegangen werden könne. Der Versicherte sei durchaus umgänglich gewesen und habe sich auf das Gegenüber und die jeweilige Situation rasch ein- und umstellen können. Eine Gefangenheit in bestimmten Reaktionsmustern, welche ihre Wurzeln in der Persönlichkeit des Versicherten finden, hätten nicht bestanden. Insoweit hätten rigide, unveränderbare Persönlichkeitsakzente nicht festgestellt werden können. Die Frustrationstoleranz und Impulskontrolle seien noch ausreichend erhalten gewesen.

Zu den früheren Stellungnahmen in psychiatrischer Hinsicht äusserte sich Dr. I. ___ wie folgt:

Dr. Y. ___ und Herr W. ___ seien im Januar 2004 zur Auffassung gelangt, es läge eine leichte bis mittelschwere depressive Episode vor und es beständen Hinweise auf eine Somatisierungsstörung. Die Annahme einer leichten depressiven Episode werde geteilt. Mittelschwere depressive Phänomene seien unter Berücksichtigung von Befund und anamnestischer Schilderung der Fähigkeiten zur Alltagsgestaltung nicht mehr begründbar. Die Somatisierungsstörung sei eher im Rahmen einer vermehrten Selbstbeobachtung und Symptomüberbewertung als Folge der leichten depressiven Episode zu interpretieren, zumal abgesehen von den Beschwerden im Schulterbereich und im Rücken hier keine weiteren körperlichen Symptome in den Vordergrund rückten. Die von Dr. Y. ___ und Herrn W. ___ postulierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % könne er vor dem Hintergrund einer im Wesentlichen als leicht zu klassifizierenden depressiven Episode nicht bestätigen. Auch die vom behandelnden Psychiater Dr. A. ___ mehrfach benannte mittelgradige depressive Episode (F 32.1) sei mit Blick auf den hier erhobenen psychopathologischen Befund nicht zu bestätigen. Die psychopathologischen Auffälligkeiten des Versicherten erlaubten lediglich die Annahme einer leichten Depression, weil die psychischen Grundfunktionen ausweislich von Befund und anamnestischer Schilderung des Versicherten lediglich ein leichtes Ausmass änderten.

Zusammenfassend könne der Versicherte in sämtlichen adaptierten Tätigkeiten vollschichtig, das heisst 8,5 Stunden täglich, regelmässig arbeiten. Dabei

sei der Versicherte jedoch nur in der Lage, geistig-psychisch wenig anspruchsvolle Tätigkeiten ohne besondere Belastungen durch Zeitdruck, Akkordarbeit oder Nachtschichtbedingungen zu leisten. Wegen der mit der leichten Depression einhergehenden vermehrten Selbstwahrnehmung sei eine Minderung der Leistungsfähigkeit um maximal 20 % aus psychiatrischer Sicht begründet.

4.2.3.3 Im internistischen Teilgutachten konnte Dr. H.____ keine fachspezifischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit stellen (S. 12).

4.2.4.4 PD Dr. med. K.____, Teamleiter Schulter-Ellbogen der Uniklinik C.____, Orthopädie, und Assistenzarzt Dr. med. J.____ erhoben am 17. Juli 2008 an der rechten Schulter ein symmetrisches Schulterrelief, eine gute Muskulatur, keine Rötung, Schwellung oder Überwärmung, keinen intraartikulären Erguss, eine Druckdolenz im Bereich des Sulcus bicipitalis und eine symmetrische Beweglichkeit. Schmerzhaft seien eine Rotationsbewegung in 90°-Abduktion und der Jobe-Test. Belly press, Lift off und Body cross-Test seien negativ, der Palm up-Test und der Speed-Test positiv.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie diagnostizierten einen protrahierten Verlauf mit Verdacht auf Frozen Shoulder bei Status nach Schulterarthroskopie, Bicepsstenose, Subscapularis-Oberrandrekonstruktion (Rotatorenmanschettenrekonstruktion) Schulter rechts, subacromiales Döbridement am 20. April 2007 bei symptomatischer proximaler Bicepssehnenpathologie mit Subluxation und Subscapularisoberrandläsion rechts.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Beurteilung und zum weiteren Vorgehen äusserten sie sich dahingehend, als 14 Monate nach der Schulteroperation noch Restbeschwerden beständen, welche im Wesentlichen auf eine Kraftminderung zurückzuführen seien. Aus chirurgischer Sicht lasse sich diese Situation nicht verbessern. Sie seien daher mit dem Patienten so verblieben, dass er sich bei einer Beschwerdeverschlechterung sowohl rechts als auch links wieder an sie wenden würde. Derzeit sähen sie keine Option, die Situation sowohl konservativ als auch operativ zu verbessern. In beruflicher Hinsicht würden sie empfehlen, dass der Patient sich entweder mit der Suva oder IV-Stelle in Verbindung setze, um eine mögliche Umschulung durchführen zu lassen. Hierbei sollte auf eine wechselnde stehende sitzende Tätigkeit geachtet werden. Das Heben von Gegenständen sollte aufgrund der Rückenproblematik unterbleiben. Dem Patienten sei aufgrund der krampfartigen Schmerzen im rechten Oberarm Magnesium verordnet worden (Urk. 15/133/24).

4.2.5.4 Der den Beschwerdeführer behandelnde Psychiater konnte in seiner Stellungnahme vom 6. Oktober 2008 (Urk. 3/10) dem Gutachten von Dr. I.____, welches sich durch eine hohe Genauigkeit und Differenziertheit auszeichne, im Ganzen zustimmen, stellte aber - insbesondere unter Hinweis auf eine chronifizierte Krankheit (S. 2 f.) und "auf eine ganze Reihe von Aussagen des Patienten" (S. 4 f.) - in Frage, ob wirklich nur eine leichte depressive Episode vorliege (S. 1).

4.2.6.4 Der Untersuch durch die E.____ Klinik am 14. Januar 2009 ergab als Befund an der rechten Schulter reizlose Verhältnisse, keinerlei Anzeichen einer Rötung, Schwellung oder Überwärmung, eine diffuse Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der gesamten ventralen Schulter ohne Punktum Maximum sowie im Bereich des distalisierten Bicepssehnenbauchs, negative Impingementzeichen, fraglich schwer zu interpretierende Rotatorenmanschetten tests. Der durchgeführte Yergason- sowie Speed- und Palm up-Test provozierten eine Druckdolenz im Bereich des distalisierten Bicepssehnenbauchs.

Unauffällig waren die periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität bei seitengleichen Reflexen. Die vom Patienten angegebenen Beschwerden im Bereich der rechten Schulter seien mit den Befunden auf der Kernspintomographie nicht vereinbar (Urk. 10/4/1).

4.2.7. Schliesslich nahm PD Dr. B. ___ mit Schreiben vom 24. Februar 2009 (Urk. 10/2) gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zum Krankheitszustand Stellung. Bei der Beurteilung der Schulterschmerzen rechts sei der Bericht vom 17. Juli 2008 der Klinik C. ___ wichtig und richtig. Sie sähen den protrahierten Verlauf in der rechten Schulter im Rahmen einer frozen shoulder, was eine andere Form einer CRPS1-Symptomatik sei. Dabei könne man magnetresonanztomographisch keine anatomischen Veränderungen erfassen und trotzdem sei der Patient geplagt durch diese Schmerzsymptomatik. Der Patient benötige Tramal 3x25 Tropfen pro Tag, daneben 2-3 Novalgintabletten und er benötige Zoldorm und ein Antidepressivum. Zusätzlich habe er Physiotherapie. In dieser chronischen Schmerzsymptomatik sähe er den Patienten nicht, eine körperliche Tätigkeit durchzuführen. Wie im Bericht an die Invalidenversicherung vom Juli 2007 ausgeführt, sähe er beim Patienten die Situation eher verschlechtert als verbessert. Er sähe keine Möglichkeit, den Patienten vernünftig in eine regelmässige Arbeitstätigkeit einzugliedern.

E. 5

5.1. Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

5.2. Das Gutachten der D. ___ vom 6. Mai 2008 entspricht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten. In Berücksichtigung sämtlicher geklagter Beschwerden wurde der Beschwerdeführer

orthopädisch, internistisch und psychiatrisch allseitig und in Kenntnis der Vorakten untersucht.

5.3 In somatischer Hinsicht leuchtet ein, dass dem Beschwerdeführer trotz den Befunden am Rücken und an den Schultern eine leichte und wechselbelastende angepasste Tätigkeit vollschichtig zumutbar ist (Erw. 4.2.3.1). Diese Einschätzung wird durch die briefliche Stellungnahme von PD Dr. B. ___ vom 24. Februar 2009 (Erw. 4.2.7) nicht erschüttert, stellt dieser sich doch "die Frage der Arbeitsfähigkeit in einem körperlich mittelschweren Beruf" (S. 2, vgl. auch seinen Brief vom 27. April 2009 an den Rechtsvertreter, Urk. 19/1, worin er die Möglichkeit einer leichten Tätigkeit aus medizinischer Sicht ebenfalls nicht in Abrede stellt). Dass sich die von ihm - hauptsächlich aufgrund einer mittels Magnetresonanztomographie nicht erfassten oder nicht erfassbaren frozen shoulder - attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch auf eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit beziehen würde, geht aus seinem Brief nicht hervor. Dies würde denn auch dem von ihm selber angeführten Bericht der Uniklinik C. ___ vom 17. Juli 2008 widersprechen, deren Ärzte zwar die Verdachtsdiagnose einer frozen shoulder erhoben, gleichwohl aber eine Umschulung des Beschwerdeführers empfohlen und damit implizite eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bejaht hatten (Erw. 4.2.4). Es bleibt darauf hinzuweisen, dass sowohl Verdachtsdiagnosen als auch Beschwerden, die mit den Befunden der Kernspintomographie nicht vereinbar sind - wie sie im zweiten, von PD Dr. B. ___ angeführten Bericht, demjenigen der E. ___-Klinik vom 14. Januar 2009 notiert wurden -, kein invalidisierender Charakter beizumessen ist, nachdem aufgrund von Art. 7 Abs. 2 ATSG eine Erwerbsunfähigkeit nur dann vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Soweit der Beschwerdeführer in somatischer Sicht ergänzende Abklärungen beantragen lässt, bleibt darauf hinzuweisen, dass nach ständiger Rechtsprechung das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verwaltungsverfügungen in der Regel nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366). Der Beschwerdeführer war von der E. ___ Klinik am 2. Dezember 2008, mithin kurz nach Erlass der angefochtenen Verfügung, an der rechten Schulter magnetresonanztomographisch abgeklärt worden und es wurde vermerkt, dass die angegebenen Beschwerden im Bereich der rechten Schulter mit den Befunden auf der Kernspintomographie nicht vereinbar seien. Es erscheint daher als unwahrscheinlich, dass nachträgliche Abklärungen neu objektivierbare Beschwerden im rechtlich relevanten Zeitraum zu Tage fördern könnten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 94 Erw. 4b).

Ergänzend ist nachzutragen, dass auch die mit der Stellungnahme vom 18. Oktober 2010 (Urk. 28) nachgereichten, hauptsächlich die linke Schulter betreffenden Arztberichte der E. ___ Klinik vom 4. Februar, 15. März, 13. April sowie 10. Juni 2010 (Urk. 29/4/1-4) sowie diejenigen vom 18. Oktober und 15. Dezember 2010 (Urk. 31/1-2) keine Indikation für eine Operation belegen und dass der Bericht vom 4. Februar 2010 darauf hinwies, dass die linksseitigen Schulterschmerzen im Jahre 2008 magnetresonanztomographisch untersucht und im Rahmen der Begutachtung miteinbezogen worden waren. Eine erhebliche Veränderung der objektiven Befundlage seit der Begutachtung und bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung lässt sich

Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche Invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2).

6.4.2.1 Indem das EVG unter dem Titel des Beschäftigungsgrades bei Teilzeittätigkeit einen leidensbedingten Abzug anerkannte, wollte es unter anderem dem Umstand Rechnung tragen, dass Teilzeitbeschäftigte in der Regel überproportional weniger verdienen als Vollzeitangestellte. Erfasst werden sollte mit diesem Abzug nur die eigentliche Teilzeitarbeit, nicht aber eine vollzeitliche Tätigkeit mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit. Es besteht keine rechtsgleiche Grundlage, um bei vollzeitlich mit reduzierter Leistungsfähigkeit tätigen Versicherten regelmässig eine über die Einschränkung der Leistungsfähigkeit hinaus gehende, überproportionale Lohneinbusse anzunehmen und beim leidensbedingten Abzug - oder mit einem solchen - zu berücksichtigen (Urteil 9C_344/2008 vom 5. Juni 2008 Erw. 4 mit Hinweisen).

6.4.3.1.1.1.1 Demnach hat es beim Invalideneinkommen von Fr. 48'181.-- sein Bewenden.

6.5.1.1.1.1.1 Ein Valideneinkommen von Fr. 71'531.-- und ein Invalideneinkommen von Fr. 48'181.-- ergeben eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 23'350.-- und einen Invaliditätsgrad von gerundet 33 % (zur Rundung vgl. Entscheid des EVG in Sachen R. vom 19. Dezember 2003, U 27/02). Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass sich selbst bei Berücksichtigung eines von der Rechtsprechung in Konstellationen wie der vorliegenden als nicht zulässig erachteten Leidensabzuges von 10 % ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 39 % ergeben würde. Demnach erfüllte der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung die Voraussetzungen für eine Rente nicht mehr.

7.1.1.1.1.1.1

7.1.1.1.1.1.1 Nach der Rechtsprechung ist bei einer revisionsweisen Herabsetzung einer Rente im Falle einer reformatio in peius durch die Beschwerdeinstanz Art. 88 bis Abs. 2

IVV analog anwendbar. Demzufolge darf die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente bei Versicherten, welche die Leistung weder unrechtmässig erwirkt noch die Meldepflicht verletzt haben, nur für die Zukunft erfolgen (Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV). Bei gerichtlicher Rentenherabsetzung oder -aufhebung wird die Änderung auf den ersten Tag des zweiten Monats wirksam, der der Zustellung des Urteils folgt (BGE 136 V 47 Erw. 6.1

mit Hinweisen).

7.2. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer ab dem ersten Tag des zweiten, der Zustellung dieses Urteils folgenden Monats keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente hat.

8. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1000 Franken festzulegen, vorliegend auf Fr. 1'000.-- anzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Verhängung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 19. November 2008 wird aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem ersten Tag des zweiten, der Zustellung dieses Urteils folgenden Monats keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente hat.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Urs Leemann
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.