

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00436 vom 30. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00436

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00436 du 30 novembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00436 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).

E. 1.2

1.2.1. 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. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

1.2.2. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente nach Art. 17 Abs. 1 ATSG von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zur Rentenrevision gibt rechtsprechungsgemäss jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demgemäss nach der schlichterlichen Rechtsprechung 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, wenn der Aufgabenbereich sich gewandelt hat oder wenn in dem für die Methodenwahl massgeblichen hypothetischen Sachverhalt wesentliche Änderungen eingetreten sind (vgl. BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5 mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten ist dagegen nach der Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im wesentlichen unverändert gebliebenen

Sachverhaltes (BGE 112 V 390 Erw. 1b mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte anspruchserhebliche Veränderung der Verfassung. Bei der bisherigen Rente bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfassung, 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 (Änderung der Rechtsprechung in BGE 133 V 108 und 114 Erw. 5.4), den zeitlichen Referenzpunkt. Einer Verfassung gleichgestellt sind blosse Mitteilungen im Sinne von Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV), sofern ihnen eine materielle Prüfung im vorstehend dargelegten Sinne zugrunde liegt (Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 15. Oktober 2010, 9C_586/2010, Erw. 2.2 mit Hinweisen, insbesondere auf SVR 2010 IV Nr. 4 S. 8 Erw. 3.1). Rechtsprechungsgemäss wird nicht verlangt, dass bei jeder Revision sämtliche, also auch offensichtlich unveränderte, Elemente und Voraussetzungen der Invalidität erneut abgeklärt und im betreffenden Verwaltungsakt explizit abgehandelt werden, damit dieser Verwaltungsakt als Vergleichsbasis herangezogen werden kann (Urteil des Bundesgerichts in Sachen B. vom 10. September 2010, 9C_771/2009, Erw. 2.2).

1.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formale Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die vorlegbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

E. 2

2.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Aufhebung der ganzen Invalidenrente mit Verfassung vom 3. April 2009 rechtmässig ist, was eine Verbesserung des Gesundheitszustandes voraussetzt. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die Verfassung vom 18. Mai 2006, zumal mit dieser Verfassung gestützt auf Abklärungen hinsichtlich des Karzinoms sowie eines in diesem Zusammenhang aufgetretenen Zervikalbrachialsyndroms die laufende halbe auf eine ganze Invalidenrente erhöht wurde. Dass bei dieser Ausgangslage nicht der gesamte medizinische Zustand abgeklärt wurde, ändert nichts daran, dass dieser Verwaltungsakt, da er eine Erhöhung der Rente zur Folge hatte, als Vergleichsbasis heranzuziehen ist (vgl.

Erw. 1.2.2). Im Folgenden sind indessen zum besseren Verständnis der medizinischen Situation sämtliche wesentlichen medizinischen Akten darzustellen.

2.2.2.2 Die rentenzusprechenden Verfügung vom 26. November 2004 basierte im Wesentlichen auf dem Bericht der Y.____ vom 12. Januar 2004, in welcher Klinik der Beschwerdeführer vom 20. November bis 10. Dezember 2003 hospitalisiert gewesen war. Die Klinikärzte diagnostizierten ein chronisches Thorakovertebralsyndrom bei Status nach Fraktur des Brustwirbelkörpers Th9/10 und spontanem Durchbau von Th8 bis Th10, eine chronische Bronchitis bei Nikotinabusus sowie einen Status nach zwei Inguinalhernien-Operationen rechts 1985 und 1998. Sie führten aus, klinisch habe sich eine Druck- und Klopfdolenz über die gesamte, leicht hyperkyphosierte Brustwirbelsäule gezeigt. Die Untersuchung der Halswirbel- und Lendenwirbelsäule sei unauffällig geblieben, ebenso der Gelenkstatus und der neurologische Befund. Im Rahmen der Therapie habe die Kräftigung der autochthonen Rückenmuskulatur sowie der Bauchmuskulatur im Vordergrund gestanden. Daneben habe der Beschwerdeführer ein rückengerechtes Verhalten im Alltag erlernt, und er habe hinsichtlich der Schmerzen Copingstrategien erlernen können. Aus klinisch-rheumatologischer Sicht beurteilten die Ärzte den Beschwerdeführer für leichte körperliche Tätigkeiten mit Wechselbelastungen zu 50 % arbeitsfähig. Eine Wiederaufnahme der Tätigkeit als Gipser erachteten sie als unrealistisch (Urk. 8/67/3-6).

Die behandelnden Ärzte äußerten sich in der Folge unterschiedlich zur Einschätzung der Y.____. Zum gleichen Ergebnis gelangten Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, und Dr. med. A.____, Facharzt für Chirurgie (Urk. 8/65, Urk. 8/69). Demgegenüber erklärte Dr. med. B.____, Facharzt für Rheumatologie, der zuvor dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit attestiert hatte (Urk. 8/48), er sei nach wie vor der Meinung, dass dem Beschwerdeführer eine höhere Arbeitsfähigkeit als 50 % zumutbar sei (Urk. 8/67/1-2). In Würdigung dieser Berichte ging der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der IV-Stelle von einer Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit von 50 % aus. Auf diese Beurteilung stützte sich die IV-Stelle bei Erlass der Verfügung vom 26. November 2004 beziehungsweise des Einspracheentscheids vom 1. September 2005 (Urk. 8/73, Urk. 8/76, Urk. 8/101).

2.3.2.3 Wegen des Hypoharynxkarzinoms des Sinus piriformis links wurde der Beschwerdeführer am 10. Mai 2005 operiert (Urk. 8/106/10, Urk. 8/106/13). Mit Bericht vom 2. November 2005 teilten die Ärzte des C.____ der IV-Stelle mit, die aktuelle Erkrankung werde bei planmäßigem Verlauf keine Änderung der bisherigen Arbeitsfähigkeit von 50 % bewirken. Eine definitive Aussage lasse sich indessen erst nach Abschluss der Therapie machen (Urk. 8/107/2).

Im Bericht vom 20. März 2006 erklärten die nämlichen Ärzte, betreffend das Hypoharynxkarzinom habe vom 9. Mai bis 31. Dezember 2005 eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Anlässlich der letzten Tumorkontrolle vom 18. Januar 2006 sei der Beschwerdeführer noch unter physiotherapeutischer Behandlung gewesen, weshalb sich die volle Arbeitsunfähigkeit nach Abschluss der Akutbehandlung per Ende Dezember 2005 bis Ende Januar 2006 verlängert habe. Anlässlich der Untersuchung vom 15. März 2006 habe der Beschwerdeführer weiter über Schmerzen der Schulter und - bei einer neu aufgetretenen Diskushernie - über Nackenschmerzen geklagt. Diesbezüglich sei der Beschwerdeführer in der D.____ in Behandlung. Aus diesen

Gründen sei er bis auf Weiteres voll arbeitsunfähig (Urk. 8/110).

Bei der fraglichen Diskushernie handelte es sich um eine frische Diskushernie C3/4 mit leichter Impression der ventralen Myelonkontur, aber ohne intramedullären Signalveränderungen (MRI der Halswirbelsäule und des Plexus Cervicalis vom 12. Januar 2006, Urk. 8/108/1). Zudem hatte der Beschwerdeführer eine perioperative Läsion des Nervus Accessorius erlitten (Neck Dissection, 25. Oktober 2008), wobei sich die Accessoriusfunktion bald wieder weitgehend erholt hatte (Bericht des D. ___ vom 22. Februar 2006, Urk. 8/108/5-6). Der RAD erachtete insbesondere wegen des Hypopharynxkarzinoms eine volle Arbeitsfähigkeit als ausgewiesen. Dieser Beurteilung folgte die IV-Stelle mit Verfügung vom 18. Mai 2006 (Urk. 8/112, Urk. 8/114).

E. 2.4

2.4.1 Die rentenaufhebende Verfügung vom 3. April 2009 stützte sich auf das MEDAS-Gutachten vom 23. Oktober 2008. Im Vorfeld zum Begutachtungsauftrag hatte die IV-Stelle bei Dr. Z. ___ einen Bericht eingeholt. Dieser diagnostizierte einen Status nach Hypopharynxkarzinom, ein zervikozepales Syndrom, eine Pseudarthrose Th9/10 und ein depressives Zustandsbild. Zudem erwähnte er, dass keine Hinweise für ein Tumorrezidiv beständen (Bericht vom 30. März 2007, Urk. 8/128/1-6). Letzteres ist auch dem Bericht des C. ___ vom 2. März 2007 zu entnehmen (Urk. 8/128/7; vgl. auch Urk. 8/129/7).

2.4.2 Die Begutachtung am MEDAS erfolgte am 14. August 2008. Dabei wurde der Beschwerdeführer internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch untersucht. Die Gutachter diagnostizierten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches thorakospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach Kompressionsfraktur Th9/10 nach Sturz am 20. Januar 2001, in Fehlstatik knöchern konsolidiert, bei einer Fusionierung Th8 bis Th10 und mit ausgeprägter myostatischer Insuffizienz. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen sie dem chronischen zervikozepalen Schmerzsyndrom bei Fehlhaltung der HWS, myostatischer Insuffizienz, der Diskushernie C3/4 mit leichter Impression der ventralen Myelonstruktur ohne radikuläre Symptomatik zu. Ebenfalls ohne Einfluss erachteten sie das Hypopharynxkarzinom im Sinus piriformis links bei Status nach kombinierter Chemotherapie, bei Status nach selektiver Neck Dissection am 25. Oktober 2005, aktuell in Remission, bei minimaler Restsymptomatik bei Status nach iatrogner Parese des Nervus accessorius und aktinischer Keratose temporal links, und auch die chronische obstruktive Pneumopathie bei Nikotinabusus sowie die Adipositas bei einem BMI von 30,5.

Gegenüber den Gutachtern gab der Beschwerdeführer an, aktuell leide er unter rezidivierend auftretenden und belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule, unter ständigen Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule mit gelegentlichem Stechen im Bizeps links und bei Inklination der Halswirbelsäule mit Ausstrahlung occipital, ständigen Schmerzen im rechten Quadranten sowie unter rezidivierenden, belastungsabhängigen Schmerzen im rechtsseitigen Schultergelenk. Seine psychische Befindlichkeit bezeichnete der Beschwerdeführer als gut. Vor ca. drei Jahren habe er psychische Probleme gehabt und sei deswegen mit Antidepressive behandelt worden. Seither habe er keine depressiven Symptome mehr. Internistisch fanden sich abgesehen von der Adipositas und einer

leichten obstruktiven Ventilationsstörung im Rahmen des Nikotinabusus keine Auffälligkeiten. Bei der rheuma-orthopädischen Untersuchung fiel die ausgeprägte myostatische Insuffizienz, insbesondere der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur, auf. Zudem bestanden bei Status nach Fraktur des Brustwirbelkörpers Th9/10 mit segmentaler Fusionierung Th8 bis Th10 ungünstige Verhältnisse bei deutlich betonter Brustwirbelsäulenkyphose beziehungsweise Gibbusbildung im Konsolidationsbereich. Hierdurch komme es zu einer ständigen Fehl- und Überbelastung insbesondere des Achsenorgans mit konsekutiven multisegmentalen Costotransversalgelenksfunktionsstörungen beidseits. Zudem resultiere daraus eine deutliche Einschränkung der segmentalen Entfaltung thorakal. Die Hals- und Lendenwirbelsäule seien altersentsprechend frei beweglich. Radiologisch fanden sich in den konventionellen Aufnahmen der Hals- und Lendenwirbelsäule keine wesentlich über das altersentsprechende Mass hinausgehende degenerative Veränderungen. Bei Status nach wahrscheinlich iatrogener Nervus Accessorius-Parese links imponiere aktuell noch eine minimale Abschwächung des oberen Musculus Trapezius links. Die Kraft im Musculus Sternocleidomastoideus sei beidseits regelrecht. Ansonsten bestanden keine Hinweise auf eine neuroradikuläre Symptomatik. Bei Status nach Periarthropathia humeroscapularis beidseits seien die Schultergelenke aktuell für alle Funktionsebenen sowohl in der gerichteten als auch in der ungerichteten Untersuchung aktiv und passiv frei beweglich. Die Impingement-, Rotatorenmanschetten- und AC-Gelenk-Zeichen seien klinisch negativ. In der konventionellen Röntgendarstellung der linken Schulter fanden sich abgesehen von initialen degenerativen Veränderungen im Bereich des AC-Gelenks und der kaudalen Schulterpfanne keine richtungweisenden pathologischen Befunde. Aus psychiatrischer Sicht ergaben sich sodann keine psychopathologischen Merkmale oder psychische Funktionsstörungen, die auf eine akute oder chronische psychiatrische Erkrankung hingewiesen hätten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, einzig die eingeschränkte Belastbarkeit der Brustwirbelsäule beziehungsweise des Achsenorgans würde die Arbeitsfähigkeit einschränken. Für die angestammte Tätigkeit als Gipser sei der Beschwerdeführer auf die Dauer nicht mehr arbeitsfähig. Hingegen bestehe für eine behinderungsangepasste (leichte und wechselbelastende) Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Diese Einschränkung gelte ab sofort. Auf Ergänzungsfrage führten die Gutachter in Bezug auf frühere Arztberichte aus, wesentliche Diskrepanzen in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beständen aus rheumatologischer Sicht nicht. Das Hypopharynxkarzinom sei aktuell in Remission. Ein depressives Zustandsbild liege nicht mehr vor. Für die von Dr. Z. erwähnte Pseudarthrose Th9/10 beständen keine Hinweise. Vor diesem Hintergrund könne keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit für eine behinderungsangepasste Tätigkeit mehr begründet werden (Urk. 8/136/42 ff.).

E. 3

3.1 Ä Ä Ä Ä Das MEDAS-Gutachten erfüllt die erforderlichen Kriterien für eine medizinische Entscheidungsgrundlage. Es kommt ihm mithin volle Beweiskraft zu (vgl. dazu Erw. 1.3). Insbesondere vermögen die vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte keine Zweifel an der Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens zu begründen. Dies gilt zunächst für die Stellungnahme des Berichts der Klinik E. vom 18. Juni 2009 (Urk. 11). Darin wird dem

Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht attestiert. Der Beschwerdeführer war in der Klinik E. ___ im Herbst 2004 hospitalisiert gewesen (Urk. 8/129). Seither wurde er von den Klinikärzten, soweit aktenkundig, nicht mehr gesehen. Der Bericht vom 18. Juni 2009 stellt lediglich eine Stellungnahme zum MEDAS-Gutachten dar. Darin lassen die Klinikärzte eine Auseinandersetzung mit dem Umstand, dass sich der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben gut fühlte und seit 2004 auch keine psychiatrische Behandlung mehr in Anspruch nahm, vermissen. Darüber hinaus setzt ein valider psychiatrischer Bericht eine aktuelle persönliche Untersuchung voraus (RKUV 2001 Nr. U 438 S. 346). Dem Bericht der E. ___ kommt deshalb kein Beweiswert zu.

Die Annahme einer vollen Arbeitsunfähigkeit bei der rentenerhöhenden Verfügung vom 18. Mai 2006 basierte auf dem Umstand, dass der Beschwerdeführer an einem Hypopharynxkarzinom erkrankt war. Zudem war zwischenzeitlich ein zervikobrachiales Schmerzsyndrom aufgetreten. Das Karzinom wurde in der Folge erfolgreich behandelt. Anhaltspunkte für ein Tumorrezidiv bestehen nicht. Dies ergibt sich auch aus dem vom Beschwerdeführer eingereichten Bericht des C. ___ vom 9. November 2009 (Urk. 26/1). Eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit wegen des Karzinoms lässt sich somit nicht mehr begründen (vgl. auch Urk. 8/119.) Nach wie vor besteht das zervikobrachiale Schmerzsyndrom. Diesbezüglich konnte eine Diskushernie C3/4 objektiviert werden. Die Ärzte der D. ___, wo der Beschwerdeführer deswegen behandelt wurde, dokumentierten im Bericht vom 12. Februar 2007 eine Regredienz der Nackenbeschwerden (Urk. 8/128/9, vgl. auch Urk. 8/136/21). Die neurologische Untersuchung anlässlich der MEDAS-Begutachtung ergab keine Hinweise auf eine neurologische Symptomatik. Zwar gibt der Beschwerdeführer Kribbelparästhesien der Fingerspitzen links an. Diese entsprechen indessen keinem Dermatome beziehungsweise keinem Innervationsgebiet eines Nervs. Zudem ergab die seitenvergleichende Umfangmessung der Extremitäten keine pathologische Seitendifferenz, so dass sich eine langzeitige Schonung des Arms ausschliessen liess. Die überdies bestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule gehen nicht über das altersentsprechende Mass hinaus (Urk. 8/136/37). Bezüglich des Status nach iatrogenen Parese des Nervus Accessorius links imponiert bei der Kraftprüfung nur noch eine minimale Abschwächung des Trapezius links. Die Kraft des Musculus Sternocleidomastoideus ist beidseits regelrecht (Urk. 8/136/37). Vor diesem Hintergrund ist die Beurteilung der MEDAS-Ärzte, wonach sich das zervikobrachiale Syndrom nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, nachvollziehbar. Zu einer anderweitigen Beurteilung kam Dr. A. ___, der im Bericht vom 11. September 2009 unter anderem auf das Zerviko-brachialsyndrom hinwies und eine volle Arbeitsunfähigkeit rückwirkend seit 20. Januar 2001 attestierte (Urk. 21, vgl. auch Urk. 16). Mit dieser erst im Hinblick auf das vorliegende Beschwerdeverfahren ergangenen Beurteilung setzt sich Dr. A. ___ in Widerspruch zu seiner früheren Einschätzung im Bericht vom 18. August 2004, in welchem er noch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bescheinigt hatte (Urk. 8/69). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gestützt auf den Bericht der D. ___ vom 12. Februar 2007 und das MEDAS-Gutachten auch hinsichtlich des zervikobrachialen Syndroms von einer nunmehr verbesserten Situation seit der Verfügung vom 18. Mai 2006 auszugehen ist.

Was das thorakospondylogene Schmerzsyndrom anbelangt, kamen radiologisch gesehen keine Veränderungen hervor. Dies geht explizit aus dem

MEDAS-Gutachter hervor und wird vom behandelnden Spezialisten Dr. A.____ bestätigt (Urk. 8/136/50, Urk. 21). Dass der Beschwerdeführer somit im Bereich der Brustwirbelsäule noch immer an objektivierbaren Befunden leidet, ist unbestritten und belegt. Entscheidend jedoch ist, dass - wie die rheumatologische Fachbegutachtung ergeben hat und von ihr gut dokumentiert wurde - der Versicherte vor allem über Beschwerden klagte, die im Zusammenhang mit repetitiven Rumpfrotationen und Belastungen auftreten (Urk. 8/136/32). Sodann zeigte sich an sslich der Untersuchung, dass der Versicherte entspannt und ohne Schonhaltungen sitzen konnte und auch keine Ausweichbewegungen bei den entsprechenden Untersuchungen auftraten (Urk. 8/136/33). Wenn also der Facharzt bei diesen Befunden die Ansicht äusserte, dass die Brustwirbelsäule beziehungsweise das Achsenskelett zwar eine eingeschränkte Belastbarkeit aufweise, jedoch Arbeiten, bei denen leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen und nur selten Arbeiten über der Armhorizontalen auszuführen seien, zu 100 % zumutbar seien, erweist sich diese Ansicht als überzeugend und ist nicht zu beanstanden. Die angestammte Tätigkeit als Gipser ist dem Versicherten natürlich unter diesen Umständen und unbestrittenermassen nicht mehr möglich. 

3.2     Der Beschwerdeführer reichte mit Eingabe vom 15. Januar 2010 unter anderem einen Bericht des F.____ vom 9. Dezember 2009 ein. Diesem ist zu entnehmen, dass an sslich der gleichentags erfolgten Konsultation eine cerebrovaskuläre Verschlusskrankheit diagnostiziert wurde (Urk. 25, Urk. 26/1). Dazu ist festzuhalten, dass an sslich der Begutachtung der Befund hinsichtlich Herz und Kreislauf bland war (Urk. 8/136/28). Ob sich die genannte Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, ist dem Bericht der Klinik für Angiologie nicht zu entnehmen. Selbst wenn dem so ist, ist dies vorliegend unbeachtlich, weil bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 3. April 2009) eingetretenen Sachverhalt abzustellen ist (BGE 129 V 356 Erw. 1).

       Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass gestützt auf das MEDAS-Gutachten im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen ist.

E. 4

4.1     Zu prüfen bleibt, welche Einkommenseinbusse der Beschwerdeführer aufgrund der festgestellten Verbesserung in der Leistungsfähigkeit noch erleidet.

4.2     Bei der Festsetzung des Valideneinkommens ging die IV-Stelle zutreffend davon aus, dass der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit weiterhin als selbständiger Gipser tätig wäre. Gemäss IK-Auszug verdiente er im Jahr 2000 Fr. 53'100.-- (Urk. 8/9/2). Darauf stellte die IV-Stelle ab (Urk. 8/140), was nicht zu beanstanden ist, obschon der Beschwerdeführer in den vorangegangenen Jahren geringere Einkommen erzielt hatte. In Angleichung an die Teuerung (für Männer von 1856 Indexpunkte auf 2136 Indexpunkte gemäss Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex insgesamt, Nominallohnindex Männer) resultiert daraus für das Jahr 2009, in dem die Rentenaufhebung erfolgt ist, ein Jahreslohn von Fr. 61'111.--.

4.3     Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens, das der Beschwerdeführer im Jahr 2009 unter Verwertung seiner verbliebenen Leistungsfähigkeit zu erzielen vermöchte, sind gestützt auf die höchstrichterliche Rechtsprechung die Tabellenlöhne heranzuziehen, wie sie der vom Bundesamt für Statistik

herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu entnehmen sind (vgl. BGE 126 V 76 f. Erw. 3b mit Hinweisen). Gemäss der LSE 2008 belief sich im Jahr 2008 der Zentralwert (Lohn, über dem beziehungsweise unter dem sich 50 % aller Lohnangaben befinden) des monatlichen Bruttolohnes (unter anteilmässiger Berücksichtigung des 13. Monatslohnes), der bei 40 Wochenstunden von männlichen Arbeitnehmern des Anforderungsniveaus 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) im Privaten Sektor erzielt wird, auf Fr. 4'806.-- (S. 11 Tabelle TA1). Unter Berücksichtigung der Teuerung (für Männer von 2092 Indexpunkten auf 2136 Indexpunkte gemäss den Angaben des Bundesamtes für Statistik) resultiert für das Jahr 2009 ein Wert von Fr. 4'907.--. Umgerechnet auf die im Jahr 2009 betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden gemäss den Angaben des Bundesamtes für Statistik ergibt sich für eine Vollzeitätigkeit ein Wert von (gerundet) Fr. 5'116.-- im Monat beziehungsweise von Fr. 61'392.-- im Jahr.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vom Tabellenlohn kann unter bestimmten von der Rechtsprechung umschriebenen Voraussetzungen ein Abzug vorgenommen werden, wobei dieser für sämtliche in Betracht fallenden Umstände (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität bzw. Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) gesamthaft zu schätzen und unter Einfluss sämtlicher Merkmale auf höchstens 25 % zu beschränken ist (BGE 129 V 481 Erw. 4.2.3 mit Hinweisen). Vorliegend rechtfertigt sich ein Abzug von 15 % wegen der leidensbedingten Faktoren und des Alters. Damit ergibt sich ein massgebendes Invalideneinkommen von Fr. 52'183.--.

4.4 Ä Ä Ä Ä Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 61'111.-- und des Invalideneinkommens von Fr. 52'183.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von 14,6 %. Damit erfolgte die Aufhebung der Invalidenrente mit Wirkung vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV), also per 1. Juni 2009, zu Recht. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Laut Art. 69 Abs. 1 bis IVG (in der seit dem 1. Juli 2006 gültigen Fassung) ist abweichend 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 werden nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1000 Franken festgelegt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Patronato INCA

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 25 und Urk. 26/1-3

- 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.