

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00441 vom 23. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00441

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00441 du 23 novembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00441 del 23 novembre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtenen Verfügungen sind am 23. März 2009 ergangen. Daher ist auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2. Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 Erw. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 Erw. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 275 Erw. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 418 Erw. 2d am Ende, 369 Erw. 2, 113 V 275 Erw. 1a, 109 V 265 Erw. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 349 Erw. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine

Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 417 f. Erw. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfahrensweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 31. Oktober 2006, I 526/06, Erw. 2.3 mit Hinweisen).

1.3.3.3 Das Vorliegen eines fachärztlich ausgewiesenen psychischen Leidens mit Krankheitswert - worunter anhaltende somatoforme Schmerzstörungen grundsätzlich fallen - ist aus rechtlicher Sicht wohl Voraussetzung, nicht aber hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Namentlich vermag nach der Rechtsprechung eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG zu bewirken.

Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus. So sprechen unter Umständen

(1) chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission,

(2) ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens,

(3) ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn, "Flucht in die Krankheit") oder

(4) unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person

für die ausnahmsweise Unüberwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung (BGE 130 V 352 S. 353 ff. Erw. 2.2.3).

1.4.3.3 Die Frage, ob ein sonstiger vergleichbarer pathogenetisch (etiologisch) unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar sei, beurteilt sich gleich wie bei einer anhaltender somatoformen Schmerzstörung, mithin in Anwendung der Regeln, welche die Gerichtspraxis (BGE 132 V 70 f. Erw. 4.2.1, BGE 131 V 50 Erw. 1.2, BGE 130 V 354 und 396) dazu entwickelt hat (vgl. BGE 132 V 393 S. 397 ff. Erw. 3.2).

E. 2

2.1.3.3 Die Beschwerdegegnerin ging von einem ab dem Zeitpunkt der Z...-Begutachtung (25. Januar 2008) verbesserten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus und befristete die zugesprochene Rente deshalb bis Ende April

2008.

2.2. Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, relevant seien im Verfahren der Unfallversicherung nicht zu berücksichtigen gewesene und namentlich in einem Bericht vom 31. Juli 2008 dokumentierte psychische Beeinträchtigungen (Urk. 1 S. 3 ff. Ziff. 3 f.). Diesbezüglich überzeuge das Z.-Gutachten nicht (Urk. 1 S. 5 ff. Ziff. 5 f.).

2.3. Strittig und zu prägen ist somit, ob über den Zeitpunkt der Befristung hinaus eine anspruchsbegründende Invalidität ausgewiesen ist.

E. 3

3.1. Dr. med. A., Allgemeine Medizin FMH, führte in seinem Bericht vom 26. April 2006 (Urk. 8/8/5-6) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 9. September 2003 (lit. D.1) und nannte folgende Diagnosen (lit. A):

- Status nach Distorsion der linken Schulter mit AC-Gelenksluxation am 9. September 2003
- Status nach AC-Gelenksresektion am 29. Juni 2004
- chronifizierte Schmerzen der linken Schulter und der linken Clavikula
- Depression bei schwieriger psychosozialer Situation (seit 2004)

Dr. A. attestierte eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100 % vom 10. bis 14. September 2003 und vom 25. Februar 2004 bis 31. Januar 2005, dann eine solche von 50 % vom 1. Februar bis 6. April 2005, und wieder eine solche von 100 % seit 7. April 2005 (lit. B).

3.2. Dr. med. B., Facharzt FMH für Rheumatologie und Physikalische Medizin, führte in seinem Schreiben vom 18. Mai 2006 aus, er habe den Beschwerdeführer im Mai 2004 behandelt und sodann weiterverwiesen; er nannte als Diagnose eine AC-Gelenkssubluxation und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit als Lagerist von 100 % seit dem 26. April 2004 (Urk. 8/11/3).

3.3. Dr. med. C., Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Leitender Arzt, Kantonsspital D. (D.), führte in Beantwortung des im März 2006 versandten Berichtsformulars aus, er habe den Beschwerdeführer erstmals am 10. Juni 2004 in seiner Sprechstunde gesehen. Am 29. Juni 2004 sei eine offene AC-Gelenksresektion links durchgeführt worden. Im Januar sei ihm der Beschwerdeführer wegen der unbefriedigenden Situation mit persistierenden Schmerzen von Dr. A. nochmals überwiesen worden und am 9. Mai 2006 habe er eine offene Revision des ehemaligen AC-Gelenks links durchgeführt. Aktuell sei der Beschwerdeführer noch in der Rehabilitationsphase; das Operationsresultat sei noch nicht zu beurteilen (Urk. 8/12/3).

3.4. In ihrem Bericht vom 18. Oktober 2006 (Urk. 8/17) führten Dr. med. E., Assistenzarzt, und Dr. med. G., Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, Fachstelle F. (F.), aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 10. November 2005 bei ihnen in ambulanter Behandlung (S. 1 Mitte). Als Diagnosen nannten sie (S. 1):

- Unfall vom 9. September 2003: Sturz von einer Leiter mit AC-Gelenkluxation
- offene Resektion des lateralen Claviculaendes links am 29. Juni 2004

- chronische Schulterschmerzen links

- mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, aktuell weitgehend remittiert

- dissoziative SensibilitÄts- und EmpfindungsstÄrungen sowie BewegungsstÄrungen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die depressive StÄrung sei als Reaktion auf den Verlust der ArbeitsfÄhigkeit anzusehen; der BeschwerdefÄhrer habe MÄhe, den Verlust anzunehmen. Aufgrund der DepressivitÄt wÄre ihm jetzt schon eine 50-60%ige ArbeitstÄtigkeit zumutbar; eine weitere Steigerung der ArbeitsfÄhigkeit sei aus psychiatrischer Sicht in absehbarer Zeit zu erwarten (S. 2 unten).

3.5 Ä Ä Ä Ä Am 8. Mai 2007 berichteten Dr. med. H. ____, Assistenzarzt, und Dr. G. ____, F. ____, erneut (Urk. 8/28). Als Diagnosen nannten sie nunmehr (lit. A):

- chronisches Schmerzsyndrom der linken Schulter seit 2003 (operative Intervention im Juni 2004)

- mittelgradige depressive Episode

- dissoziative StÄrung der Bewegung und der Sinnesempfindung

- BenzodiazepinabhÄngigkeit

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum gegenwÄrtigen Zeitpunkt bestehe aus psychiatrischer Sicht eine ArbeitsfÄhigkeit von 50 % (lit. B).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die im Bericht vom Oktober 2006 erwÄhnte depressive Problematik bestehe zwar weiterhin, sei jedoch zum gegenwÄrtigen Zeitpunkt nicht so ausgeprÄgt, dass von einer vollstÄndigen Invalidisierung ausgegangen werden kÄnnte. Im Vordergrund stehe nach wie vor die erhebliche Schmerzsymptomatik, die nur interdisziplinÄr befriedigend konzeptualisiert und therapiert werden kÄnne. Deshalb werde eine interdisziplinÄre Beurteilung der langfristigen ArbeitsfÄhigkeit empfohlen (lit. D.6).

3.6 Ä Ä Ä Ä GemÄss Austrittsbericht vom 31. Juli 2007 (Urk. 8/43) an Dr. H. ____, weite der BeschwerdefÄhrer vom 2. bis 25. Juli 2007 auf eigene Veranlassung stationÄr in der Klinik der F. ____. Es wurden folgende Austrittsdiagnosen gestellt (S. 1 Mitte):

- mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom

- anhaltende somatoforme SchmerzstÄrung

- Unfall vom 9. MÄrz 2003: Sturz von der Leiter mit AC-Gelenksluxation links

- Status nach offener Resektion des lateralen Claviculaendes links am 29. Juni 2004

- anamnestisch dissoziative SensibilitÄts- und EmpfindungsstÄrungen sowie BewegungsstÄrungen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Durch die chronischen Schmerzen in der Schulter und die depressive Symptomatik sei der BeschwerdefÄhrer sehr eingeschrÄnkt und habe sich auch stark zurÄckgezogen. Aktuell lebe er bei seinem Sohn und dessen Familie, sei dort anscheinend willkommen, mache sich aber Sorge, die Familie zu stark zu belasten (S. 1 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Versuch, mit dem BeschwerdefÄhrer zusammen fÄr die Zeit nach dem Austritt eine Tagesstruktur zu erarbeiten, sei schwierig gewesen, da er sich auf

keine Verbindlichkeiten habe einlassen wollen. Auch weitere - einzeln genannte - therapeutische Vorschläge habe er abgelehnt (S. 2 oben).

Angesichts der unverändert schwierigen psychosozialen Umstände sei die Prognose ungünstig (S. 2).

Am 14. April 2008 erstatteten Dr. med. I. ____, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Dr. med. J. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. K. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin, Z. ____, ein Gutachten zu Händen der Beschwerdeführerin (Urk. 8/49). Darin nannten sie folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 29 Ziff. 6.1):

- chronisches Schmerzsyndrom der linken oberen Extremität mit/bei:
- Status nach Sturz mit AC-Gelenksluxation Tossy Grad II am 9. September 2003
- Status nach offener AC-Gelenksresektion links mit Resektionsarthroplastik am 29. Juni 2004
- Status nach offener AC-Gelenksrevision links am 9. Mai 2006

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein dysfunktionales Krankheitsverhalten sowie einen Verdacht auf arterielle Hypertonie (S. 29 Ziff. 6.2).

Bei der rheumatologischen Untersuchung habe eine erhebliche Selbstlimitierung und Inkonsistenz imponiert. Die beklagten Beschwerden sowie die teilweise massiven Bewegungsverminderungen, insbesondere im Bereich des linken Schultergelenkes, seien deutlich variabel und klinisch im demonstrierten Ausmass nicht plausibel. Weder in der klinischen noch in der bildgebenden Diagnostik finde sich ein für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden objektivierbares pathologisches anatomisches Korrelat. Zusammengefasst bestehe aus rheuma-orthopädischer Sicht eine auffallende Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden im Vergleich zu den vom Beschwerdeführer demonstrierten Beschwerden und Einschränkungen. Als einziger die Arbeitsfähigkeit limitierender Gesundheitsschaden bestehe die eingeschränkte Belastbarkeit des linken Schultergelenks bei Status nach offener AC-Gelenksresektion links. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagermitarbeiter mit häufigem Berkopparbeiten und Tragen und Heben von Lasten bis zu 30 kg sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit, ohne das gelegentliche Arbeiten über die Armhorizontale hinaus und ohne repetitive Lastbelastung der linken Schulter, bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 32 f.).

Im Rahmen der psychiatrischen Exploration habe sich gezeigt, dass die Beschwerdeschilderungen einen katastrophisierenden und appellativen Charakter hätten und eine Tendenz zur Aggravation deutlich werde. Weiter imponierten dysfunktionale Bewältigungsmechanismen mit einer ausgeprägten Selbstlimitierung. Relevant akzentuierte Persönlichkeitszüge fänden sich nicht. Es müsse von einem dysfunktionalen Krankheitsverhalten ausgegangen werden. Die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung oder einer depressiven Stimmung gemäss ICD-Klassifikation würden vom Beschwerdeführer nicht erfüllt. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 33).

Die Beurteilungen der behandelnden F.____-Psychiater (mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und anhaltender somatoformer Schmerzstörung; Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 %) liessen sich anlässlich der aktuellen Begutachtung nicht nachvollziehen. Die Beschwerdeschilderung des Beschwerdeführers sei nur schwer nachvollziehbar und habe einen ausgesprochen katastrophisierenden sowie appellativen Charakter mit einer deutlichen Tendenz zur Aggravation. Ein eigentlicher Leidensdruck sei dabei nur wenig spürbar (S. 35 Ziff. 4).

Die persistierende Arbeitsunfähigkeit würde auf unverändert schwierigen psychosozialen Umständen (Arbeitslosigkeit, Scheidung, fehlende Tagesstruktur, Inaktivität, Wohnsituation) basieren (S. 35 Ziff. 2).

Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestehe seit der ersten Schulteroperation vom 29. Juni 2004. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe spätestens seit dem Zeitpunkt der heutigen Begutachtung eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit (S. 35 Ziff. 3.).

3.8. Im Bericht vom 31. Juli 2008 (Urk. 8/83/7-14 = Urk. 3) nannten Dr. H.____ und Dr. med. L.____, Oberarzt, F.____, folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 2.1):

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Erstdiagnose im Juli 2007
- mittelgradige depressive Episode, bestehend seit Oktober 2005
- dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, bestehend seit 2006
- Benzodiazepinabhängigkeit, bestehend seit 2005
- akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Anteilen

Aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 1 Ziff. 1.3, S. 3 Ziff. 3).

Bislang seien das Schmerzverhalten und die Schmerzwahrnehmung gegenüber psychiatrischen Interventionen resistent gewesen, hätten jedoch zu verschiedenen somatischen Interventionen geführt, die ebenfalls erfolglos geblieben seien. Die Schmerzstörung trete im Zusammenhang mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen auf, wobei es im Verlauf der Erkrankung zu einer zunehmend komplexen Interaktion der Dimensionen Schmerzstörung und psychosoziale Situation gekommen sei, die eine dezidierte Kausalzuordnung verunmöglichliche. Der Beschwerdeführer habe sich bereits im Zeitpunkt des Unfalls in einer schwierigen psychosozialen Situation befunden, die als ursächlicher und aufrechterhaltender Faktor der Schmerzstörung gelten könne (S. 2 oben).

Ferner zeige sich beim Beschwerdeführer neben der somatoformen Schmerzstörung eine mittelgradige depressive Störung als komorbide Erkrankung (S. 2 Mitte). Die dissoziative Störung habe sich 2006 in Form einer Hemisymptomatik sehr deutlich gezeigt und bestehe aktuell in Form eher subtiler dissoziativer Symptome (Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, Depersonalisationserleben) weiter. Zudem fänden sich Hinweise für eine Persönlichkeitsstruktur mit narzisstischen Anteilen. Eine Funktionalität der Symptomatik im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns und zur Unterstreichung eines Anspruchs auf finanzielle Unterstützung könne nicht völlig ausgeschlossen werden (S. 2 unten).

E. 4

4.1. Ob die psychiatrische Beurteilung im Rahmen des Z.____-Gutachtens an den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Mängeln (vgl. Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 6) leidet, kann vorerst offen bleiben.

Stellt man, wie vom Beschwerdeführer beantragt, in erster Linie auf die von den Ärzten des F.____ im Juli 2008 abgegebene Beurteilung ab, so ist die darin attestierte Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nach Massgabe der einschlägigen Praxis (vorstehend Erw. 1.4) einer rechtlichen Würdigung zu unterziehen. Sollte diese zum Schluss führen, dass keine versicherungsrelevante Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist, so erwiese sich die von der Beschwerdegegnerin getroffene Annahme eines Wegfalls der anspruchsbegründenden Invalidität - aus diesem Grund und nicht in Ermangelung einer psychiatrischen Diagnose im Z.____-Gutachten - als zutreffend.

4.2. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob neben der allfälligen somatoformen Schmerzstellung eine Komorbidität im psychiatrischen Bereich von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung vorliegt.

Im Oktober 2006 bezeichneten die behandelnden F.____-Ärzte die von ihnen diagnostizierte mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom als weitgehend remittiert; darauf bezogen erachteten sie eine Arbeitsfähigkeit von 50-60 % als zumutbar und gingen von einer Steigerung in absehbarer Zeit aus (vorstehend Erw. 3.4). Im Mai 2007 wurde die Diagnose wiederum genannt, ebenso die Arbeitsfähigkeit von 50 % (vorstehend 3.5), ebenso im Austrittsbericht vom Juli 2007 (vorstehend Erw. 3.6). Im Mai 2007 wurde die Schmerzproblematik als gegenüber der Depressivität im Vordergrund stehend bezeichnet (vorstehend Erw. 3.5)

Die Depressivität wurde im F.____-Bericht vom Oktober 2006 ausdrücklich als Reaktion des Beschwerdeführers auf den Verlust der Arbeitsfähigkeit charakterisiert. Nachdem der Verlust der Arbeitsfähigkeit seinerseits den (damaligen) somatischen Beschwerden zuzuschreiben ist, stellt die diagnostizierte Depression kein verselbständigtes Leiden dar, das als Komorbidität im Sinne der Rechtsprechung (vgl. BGE 130 V 358 Erw. 3.3.1; Urteil des Bundesgerichts vom 1. Februar 2007, I 18/06, Erw. 4.3.2) betrachtet werden könnte.

Eine dissoziative Störung sodann wurde im Juli 2007 mit dem Zusatz «anamnestisch» diagnostiziert, und im Juli 2008 wurde ausgeführt, sie habe sich 2006 sehr deutlich gezeigt und bestehe aktuell «in Form eher subtiler» Symptome. Damit fehlt es klarerweise an der erforderlichen Schwere und Intensität im massgeblichen Zeitpunkt, um eine Komorbidität annehmen zu können.

4.3. Liegt keine Komorbidität vor, sind die alternativen Kriterien zu prüfen, aufgrund derer sich ausnahmsweise eine Nichtüberwindbarkeit ergeben könnte (vorstehend Erw. 1.3).

Für eine chronische körperliche Begleiterkrankung gibt es keine Anhaltspunkte. Zwar leidet der Beschwerdeführer an Schmerzen, insbesondere im ursprünglich in Mitleidenschaft gezogenen Schulterbereich, die jedoch gerade Ausdruck der allfälligen somatoformen Problematik sind. Gewisse Rückzugstendenzen sind vorhanden, jedoch lassen die Angaben in den F.____-Berichten nicht auf einen Rückzug in

allen Belangen des Lebens schliessen. Für einen innerpsychischen Konflikt, dessen Bewältigung die Somatisierung begünstigen und insoweit erklären könnte und einen primären Krankheitsgewinn annehmen liesse, gibt es keine Anhaltspunkte; vielmehr wurde verschiedentlich auf bestehende psychosoziale Probleme und einen möglichen sekundären Krankheitsgewinn hingewiesen. Schliesslich kann auch nicht von Therapieresistenz trotz vorhandener Motivation und Eigenanstrengungen gesprochen werden, fehlt es doch offensichtlich gerade an letzteren (vorstehend Erw. 3.6).

Auch unter Einbezug der möglichen alternativen Kriterien kann somit nicht geschlossen werden, die Überwindung der einer allfälligen somatoformen Schmerzstörung zuzuschreibenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien ausnahmsweise als unzumutbar einzuschätzen.

4.4 Somit erweist sich die Annahme der Beschwerdegegnerin, es liege auch im psychiatrischen Bereich keine relevante Arbeitsunfähigkeit vor, auch dann als zutreffend, wenn mit dem Beschwerdeführer nicht auf das Z. ___-Gutachten, sondern auf die Beurteilungen der behandelnden F. ___-Ärzte abgestellt würde.

Dementsprechend ist die Annahme der Beschwerdegegnerin, es sei ab April 2008 von einer revisionsrelevant verbesserten Arbeitsfähigkeit auszugehen, nicht zu beanstanden.

4.5 Gestützt auf diese - hier als zutreffend erkannte - Annahme hat die Beschwerdegegnerin einen neuen Einkommensvergleich vorgenommen, der keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad mehr ergeben hat.

Dieser Einkommensvergleich wurde vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt und er gibt nach Lage der Akten (Urk. 8/56) auch vorliegend zu keinen Beanstandungen Anlass.

Somit erweist sich die strittige Rentenaufhebung als rechtmässig, womit die angefochtene Verfügung zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

5. Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Daniel Christe
 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
 - Bundesamt für Sozialversicherungensowie 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.