

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00219 vom 7. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00219

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00219 du 7 mai 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00219 del 7 maggio 2012

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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

1.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach

Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnten (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.4 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 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 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 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 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 413 f. E. 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 Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

1.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.6 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 würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 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 prägend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 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.).

2. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stellt sich folgendermassen dar:

2.1 Laut Arztbericht von Pract. med. D. ___ vom 17. März 2008 (Urk. 7/8/1-7) leidet der Beschwerdeführer an einer Pseudoarthrose einer Metatarsale V-Basisfraktur und einem Status nach Pseudoarthrose-Operation mit Calusresektion und künstlicher Spongiosa am 26. September 2007 und an einem Vorderfuss-Schmerzsyndrom links, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Des Weiteren liegen eine Gonarthrose beidseits, eine Rhizarthrose links, eine Dupuytren-Kontraktur ersten Grades Dig. III - V links, ein Zustand nach erfolgreicher Dupuytreischer Operation rechte Hand, Bluthochdruck sowie Übergewicht BMI 37,8 kg/m² vor, welche sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Als Verkäufer und Lagerist in der Getränkeabteilung sei der Beschwerdeführer seit Juni 2007 und weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe eine vollzeitliche Einsatzfähigkeit.

2.2

2.2.1 Dr. med. E. ___, Oberarzt an der Chirurgischen Klinik des F. ___, diagnostizierte im Arztbericht vom 18. März 2008 (Urk. 7/9/7-9) eine verzögerte Knochenheilung nach Pseudoarthrosen-Operation mit Kallusresektion und künstlicher Spongiosa Basis Metatarsale V links am 26. September 2007 bei Pseudoarthrose nach initial inadäquat therapierter Basis Metatarsal V-Fraktur links, eine Adipositas mit BMI 37,8 kg/m², eine arterielle Hypertonie, eine Dupuytren-Kontraktur erstgradig Dig. III bis V Hand links mit Status nach Dupuytren-Operation rechts, eine Gonarthrose beidseits sowie eine Rhizarthrose links.

Im November 2006 habe sich der Beschwerdeführer eine anfänglich nicht diagnostizierte Metatarsale V-Fraktur links zugezogen, welche sich im Verlauf zu einer Pseudoarthrose ausgebildet habe. Damals sei man von einer Hypermobilität in der Frakturzone ausgegangen, im Verlauf habe sich jedoch gezeigt, dass eine verzögerte Knochenheilung vorliege. Am 26. September 2007 sei eine Pseudoarthrosen-Operation mit Kallusresektion, künstlicher Spongiosa und Zuggurtungsosteosynthese durchgeführt worden in der Meinung, dadurch schnell stabile Verhältnisse zu kreieren. Wegen der verzögerten Knochenheilung sei die Operation aber bis heute nicht konsolidiert, so dass nun sechs Monate postoperativ noch keine Heilung

eingetreten sei. Vor einem weiteren Revisionseingriff müssten aber neun volle Monate abgewartet werden. Bezüglich der Handprobleme sei der Beschwerdeführer nie in seiner (Dr. E.____s) Behandlung gestanden. Aktuell und bis auf Weiteres sei er 100 % arbeitsunfähig. Für körperlich weniger belastende Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit, dies werde aber vom Arbeitgeber verweigert, da der Beschwerdeführer einen speziellen Gipsschuh tragen müsste.

2.2.2.2 Am 24. Juni 2008 berichtete Dr. E.____ Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin (Urk. 7/19), nach neun Monaten sei nun die Fraktur vollständig konsolidiert, es beständen von dieser Seite her keine Beschwerden mehr. Nun könne das Osteosynthesematerial gefahrlos entfernt werden. Nach Abheilen der erneuten Operationswunde (ca. zwei Wochen postoperativ) sei der Beschwerdeführer bezüglich des linken Fusses geheilt und auch wieder 100 % arbeitsfähig.

2.3

2.3.1.1 Laut Bericht von Dr. med. H.____, Oberarzt Handchirurgie an der I.____, vom 28. Mai 2008 (Urk. 7/18/7-8) leidet der Beschwerdeführer an einer Rhizarthrose beidseits, links mehr als rechts, an einem Dupuytren Stadium I Dig. III - V links, M-Extensionsdefizit 20°, und an einem Status nach Pseudoarthrosen-Operation Metatarsale V links. Es fanden sich wie in der Erstuntersuchung vom 11. Februar 2008 unverändert deutliche Druckdolenz über beiden CMC-Gelenken mit deutlicher Krepitation, Achsstoss- und Grindingschmerz. Die Pinchkraft habe auf 3 Kp beidseits abgenommen. Die Beweglichkeit sei mit Zirkumduktion 120-0-20° noch gut. Die MP-Gelenke seien nach wie vor stabil. Die Dupuytrenstränge hätten eher zugenommen und zeigten vor allem bei Dehnung eine deutliche Schmerzhaftigkeit. Die MP-Gelenke IV und V zeigten ein Extensionleg von 20°. Er (Dr. H.____) habe dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 30. Juni 2008 attestiert. Am 28. Juni 2008 werde die Eppingplastik linksseitig geplant. Die Probleme an den Händen seien mit operativen Korrekturmaßnahmen bis zur vollständigen Beschwerdefreiheit und normaler Funktion der Hand korrigierbar.

2.3.2.2 Am 10. September 2008 meldete Dr. H.____ (Urk. 7/23), es liege sechs Wochen nach Eppingplastik links und Exzision Lipom Vorderarm links ein regelrechter postoperativer Verlauf vor. Es könne nun mit Belastungsaufbau und Bewegungs- sowie Kräftigungsübungen begonnen werden. Es sei funktionell eine Restitutio ad integrum zu erwarten.

2.3.3.3 Nach der Konsultation vom 14. Oktober 2009 hielt Dr. H.____ gleichentags fest (Urk. 7/46), der Beschwerdeführer berichte nach wie vor über einen gutartigen Verlauf der beiden Daumen. Die Situation habe sich weiterhin beruhigt. Bei maximalen Belastungen käme es nach wie vor zu ziehenden Schmerzen im Bereich der Daumenbasen beidseits. Die Hauptproblematik konzentriere sich momentan auf die rechte Schulter und die Kniegelenke. Die Sensibilität, Durchblutung und Trophik der Hände sei unauffällig. Es seien keine Schwellungen sichtbar. Die Narbe sei reizlos, kaum sichtbar, nicht verhärtet und druckindolent. Die Zirkumduktion betrage beidseits 100-0-10°. Die Opposition sei bis an die Kleinfingerkuppe Dig. V beidseits möglich. Die Pinchkraft im Schlüsselpinch betrage beidseits 4,5 Kp.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund des guten Bewegungsergebnisses, der akzeptablen Kraft und Oligosymptomatik bezüglich der Daumen erfolge der Abschluss der Behandlung. Bezüglich der Hände sei ein Vollzeiteinsatz mit Belastungen von maximal 5 bis 10 kg

ohne repetitive Griffübungen mit den Daumen realistisch. Die Tätigkeiten könnten in allen Körperpositionen durchgeführt werden. Das Tragen von schweren Lasten oder starke Druckausübung mit den Händen erscheine als zu belastend. In einem angepassten Belastungsprofil bestehe bezüglich der Hände eine 100%ige Arbeitfähigkeit.

2.4 Die Diagnosen im Bericht von Dr. med. J.____, FMH Innere Medizin, Speziell Rheumatologie, vom 13. September 2008 (Urk. 7/24/1-6) lauten: (1) Gonarthrosen medial und retropatellar linksbetont, (2) Rhizarthrosen beidseits schwer, links vor sechs Wochen operiert, rechts zur Sanierung in einigen Monaten, (3) Dupuytren Grad II links an Strahlen 3 bis 5, rechts operiert vor vier Jahren mit einwandfreiem Resultat, (4) Pseudoarthrose Metatarsale-V-li-Fraktur behoben bei Status nach Pseudoarthroseoperation, (5) Metabolisches Syndrom mit Diabetes mellitus II, keine Sekundärkomplikationen, Hypertonie, Hyperlipidämie und Adipositas II, (6) Refluxsymptomatik und (7) anamnestische Depression (Verdacht auf bipolare psychotische Störung). Eine Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit stehe erst nach der Sanierung beider Hände zur Diskussion (Zeitaufwand ca. ein Jahr ab heute). Körperlich schwere Arbeiten werde der Beschwerdeführer nie mehr leisten können, und eine eingeschränkte Gehfähigkeit müsse in jedem Fall berücksichtigt werden. Bezüglich fraglichem Rotatorenmanschetten-Defekt der rechten Schulter erfolgten Abklärungen. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50 % frühestens ab Herbst zu erwarten.

2.5 Dr. med. K.____, Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 27. Oktober 2008 (Urk. 7/25) aus ihrem Fachbereich die Diagnosen Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) und Merkmale einer kombinierten Persönlichkeitsstörung Cluster-Gruppe B (F61.4, paranoide, infantile Anteile). Der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentration seien herabgesetzt, die Intelligenz sei durchschnittlich. Im formalen Denken sei der Beschwerdeführer auf seine Schmerzen und Ängste eingeengt, er sei grübelnd und misstrauisch. Es beständen Hinweise für hypochondrische Ängste, Zwangsgedanken und inhaltliche Denkstörungen im Sinne von paranoider Verarbeitung. Es seien keine Sinnestäuschungen explorierbar, die Stimmung sei subdepressiv, jedoch in beiden Skalenbereichen affizierbar. Der Beschwerdeführer sei ängstlich, leicht dysphorisch, logorrhöisch und klagsam. Es bestehe keine Suizidalität. Er klage über Schlafstörungen, Alpträume, Schwitzen und Libidoverlust bis Impotenz. In der bisherigen Berufstätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70 %, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine solche von 50 %.

2.6

2.6.1 Im Gutachten des C.____ vom 28. Juni 2009 (Urk. 7/42) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 50):

1. Ausgeprägte medial und femoropatellar betonte Pagonarthrose beidseits

2. Fingerpolyarthrose mit Heberden-, Bouchard- und Rhizarthrose beidseits mit/bei:

- Status nach Epping-Plastik links im Juni 2008

- Status nach Epping-Plastik rechts am 03.04.2009

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Morbus Dupuytren des III. bis V. Strahles links mit Streckdefizit im Metacarpophalangealgelenk Dig. IV und V von ca. 20°, Status nach operativer Revision einer Dupuytrenschen Kontraktur Dig. III bis V rechts

3.Ä Ä Schmerzhafte Funktionseinschränkung beider Schultergelenke mit/bei:

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä ausgeprägter ACG-Arthrose rechts mehr als links, initialer Omarthrose bds.

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ruptur der Supraspinatussehne rechts".

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen angegeben (S. 51):

4.Ä Ä Diskret ausgeprägtes, chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei:

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Fehlhaltung und diskreter skoliotischer Fehlstatik

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä ausgeprägter myostatischer Insuffizienz

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä erosiver Osteochondrose LWK 1/2 mit ausgeprägter ventraler und lateraler Spondylose und multisegmentalen, nicht über das altersentsprechende Mass hinausgehenden Osteochondrosen mit primär ventralen Spondylosen

5.Ä Ä Status nach Kallusresektion, Knochenkonditionierung, künstlicher Spongiosa und Zuggurtungsosteosynthese bei Pseudarthrose einer verschleppten Os metatarsale V-Basisfraktur links am 26.09.2007 mit/bei:

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä prolongiertem Verlauf bei verzögerter knöcherner Konsolidierung

6.Ä Ä Metabolisches Syndrom

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Adipositas Grad III nach WHO mit BMI = 41 kg/m²

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä arterieller Hypertonie

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diabetes mellitus Typ 2

-Ä Ä Ä Ä Ä Ä anamnestisch Hyperlipidämie

7.Ä Ä Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefäßen (F43.23)

8.Ä Ä Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen und paranoiden Zügen (Z73.1)".

2.6.2Ä Ä Die im Rahmen der aktuellen interdisziplinären Begutachtung durchgeführte internistische Untersuchung ergebe das Bild eines 57-jährigen, morbid adipösen, aber kardiopulmonal kompensierten Beschwerdeführers in unauffälligem Allgemeinzustand. Bei einem BMI von 41 kg/m² entspreche sein Übergewicht einer Adipositas Grad III. Folgeerscheinungen im Sinne eines metabolischen Syndroms liessen sich laborchemisch nachweisen mit einem erhöhten Nüchtern-Blutzuckerwert von 9,2mmol und einem HbA1c von 7,7 % sowie anamnestisch mit erhöhten Blutdruck- und Lipidwerten. Abgesehen davon sei die klinische Untersuchung altersentsprechend normal, ohne Hinweise auf eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder auf eine Lungenerkrankung. Auch im Abdominal- und Neurostatus liessen sich keine pathologischen Befunde erheben, insbesondere keine Zeichen einer peripheren diabetischen Polyneuropathie. Das EKG zeige

einen unauffälligen Erregungsablauf, und die Spirometrie liefere keine Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Aus internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten, noch in einer dem Alter und dem Habitus angepassten Tätigkeit.

2.6.3 Bei der rheumatologischen Begutachtung seien die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden bzw. Funktionseinschränkungen weitestgehend konsistent. Hinweise auf eine Selbstlimitierung bzw. Aggravation finden sich nicht. Bei radiologisch imponierender ausgeprägter medial und femoropatellar betonter Pagonarthrose beidseits imponiere klinisch eine freie Beweglichkeit beider Kniegelenke für Extension und Flexion; links bestehe jedoch eine deutliche mediale Instabilität (diskret auch rechts). Auch im Bereich der oberen LWS finden sich konventionell-radiologisch erhebliche degenerative Veränderungen. Diesbezüglich gebe der Beschwerdeführer jedoch nur eine mäßig ausgeprägte Beschwerdesymptomatik an. Die Os metatarsale V-Fraktur links sei radiologisch knöchern in guter Stellung konsolidiert, klinisch imponiere noch eine erhebliche Druckschmerzhaftigkeit des gesamten V. Mittelfusssknochens. Bei diskreter Funktionseinschränkung im oberen und unteren Sprunggelenk links im Seitenvergleich könnten radiologisch eine diskret spitzzipflige Ausziehung des Malleolus lateralis distal medial links und des Malleolus medialis bds. bei insgesamt altersentsprechend regelrechtem Befund beider OSG objektiviert werden. Beschwerdend sei aktuell eine erhebliche, schmerzhafte Funktionseinschränkung beider Schultergelenke. Klinisch finden sich in der aktiven und passiven Untersuchung für alle Funktionsebenen deutliche Funktionseinschränkungen, sonographisch imponierten eine dehiszente, transmurale Ruptur der Supraspinatussehne rechts sowie Zeichen einer ACG-Arthrose beidseits. Bei den aktuell angefertigten konventionellen Röntgenaufnahmen beider Schultergelenke könnten eine ausgeprägte ACG-Arthrose rechts mehr als links sowie Zeichen einer initialen Omarthrose beidseits objektiviert werden. Bei Status nach erst vor gut zwei Wochen erfolgter Eppingplastik rechts (der Beschwerdeführer sei rechtsdominant) sei aktuell eine diesbezügliche Beurteilung des Operationsergebnisses nicht möglich. Es sei hierzu eine erneute Begutachtung in ca. sechs bis acht Monaten zu empfehlen. Gesamthaft betrachtet sei jedoch bei Fingerpolyarthrose mit Heberden-, Bouchard- und Rhizarthrose beidseits mit Status nach Eppingplastik links im Juni 2008 und rechts im April 2009 sowie Morbus Dupuytren des III. bis V. Strahles links mit Streckdefizit im Metacarpophalangealgelenk Dig. IV und V von ca. 20° und einem Status nach operativer Revision einer Dupuytren'schen Kontraktur Dig. III bis V rechts nicht mehr von einer Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit auszugehen. Bei der neurologischen Untersuchung ergäben sich aktuell keine Hinweise auf eine floride neuroradikuläre Symptomatik. Auffällig sei eine Insuffizienz der wirbelsäulenstabilisierenden bzw. der Bauchmuskulatur, welche zusammen mit der Fehlhaltung und diskreten skoliotischen Fehlstatik sowie den oben beschriebenen degenerativen Veränderungen zu einer ständigen Fehl- und somit Überbelastung insbesondere des Achsenorgans führe. Aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit beider Kniegelenke, beider Hände sowie beider Schultergelenke sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiter im Verkauf und an der Kasse bei B. ___ sowie als Leiter des Rayons Getränke bei B. ___ mit regelhaft auftretenden gelenkbelastenden Bewegungsmustern nicht mehr zumutbar. In einer behinderungsangepassten, leichten, primär im Sitzen ausübenden Tätigkeit ohne das Zurücklegen weiter Strecken, ohne das mehr als gelegentliche Bewältigen von Treppen, ohne das Bewältigen von

Leitern, ohne das Arbeiten in kniender und hockender Stellung, ohne das Arbeiten auf unebenen/abschüssigen/glatten Ebenen, ohne Arbeiten über die Armhorizontale hinaus, ohne Stoss- und Vibrationseinwirkung auf den Daumen/die Hände und ohne grobmanuelles Hantieren sei bezogen auf ein Vollschichtpensum aus rein rheumatologisch-versicherungsmedizinischer Sicht eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit zu attestieren.

2.6.4 Bei der psychiatrischen Untersuchung seien vor allem Affekte wie Unzufriedenheit, Enttäuschung, Verstimmung und Ärger sowie Ängste vor dem Arbeitsplatz deutlich. Der Beschwerdeführer sei im Antrieb unauffällig, ebenso in den kognitiven Leistungen sowie in der affektiven Schwingungsfähigkeit. Die Diagnose einer eigenständigen depressiven Erkrankung sei nicht zu rechtfertigen. Der Beschwerdeführer werde niedrig dosiert antidepressiv behandelt, es könnten jedoch auch anamnestisch nicht genügend Kriterien erhoben werden, die die retrospektive Diagnose einer Depression rechtfertigen würden. Die Krise, die der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem Tod seines Bruders im Jahr 2004 erlebt habe, sei retrospektiv ebenfalls am ehesten einer Anpassungsstörung zuzuordnen, in diesem Fall könne die Diagnose der behandelnden Psychiaterin bestätigt werden. Die Persönlichkeitsmerkmale des Beschwerdeführers seien im Sinne einer Akzentuierung zu werten. Weder die Anamnese, mit sehr guter Lebensbewältigung, noch die erhobenen Befunde rechtfertigten die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer für seine angestammte Tätigkeit als Rayonchef eines Lebensmittelgeschäfts oder in einer Verweistätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig.

2.6.5 Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde lasse sich der die Arbeitsfähigkeit limitierende Gesundheitsschaden durch die eingeschränkte Belastbarkeit beider Kniegelenke, beider Hände sowie beider Schultergelenke formulieren. Aus psychiatrischer und internmedizinischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit.

Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil könne bei Status nach Epping-Plastik rechts im April 2009 erst nach Abschluss des Heilungsverlaufes, d.h. in ca. sechs bis acht Monaten festgelegt werden. Bei günstigem Abschluss des Heilungsverlaufes könne mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Verweisungstätigkeit gerechnet werden. In der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Getränkemagaziner sei der Beschwerdeführer seit Juli 2007 (Metatarsale-Fraktur, Poly-Arthrosen, Rotatorenmanschettenruptur) zu 100 % arbeitsunfähig. Ab dem 4. April 2008 sei ihm zudem eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit bei ängstlich-depressiver Stimmung und Persönlichkeitsstörung attestiert worden, was sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr nachweisen lasse.

2.7 Dr. L. attestierte dem Beschwerdeführer im (unleserlichen handschriftlichen) Arztbericht vom 5. Mai 2010 (Urk. 7/65/2-5) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Getränkedisponent seit dem 1. Juni 2007 bis auf Weiteres. Die Einschränkung ergebe sich aufgrund der verminderten Belastbarkeit der HWS/LWS, der Knie- und Schultergelenke sowie der Fingergelenke. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von maximal 10 bis 20 %.

3.1.1.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des Leistungsanspruchs auf das Gutachten des C. ___ vom 28. Juni 2009 (E. 2.6) sowie den Abschlussbericht von Dr. H. ___ vom 14. Oktober 2009 (E. 2.3.3) und kam zum Schluss, dass seit Juli 2007 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestand und der Beschwerdeführer ab Oktober 2009 in einer behinderungsangepassten Tätigkeit wieder voll arbeitsfähig ist.

E. 3.2

3.2.1 Was die somatischen Beschwerden betrifft, stimmen die C. ___-Gutachter (E. 2.6) und Dr. J. ___ (E. 2.4) darin überein, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist. Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit stellt sich der Rheumatologe des C. ___ auf den Standpunkt, dass - sofern der Behandlungsabschluss bezüglich linker Hand positiv ausfalle - eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Dagegen ging Dr. J. ___ davon aus, dass über die Arbeitsfähigkeit erst befunden werden könne, wenn die Sanierung beider Hände abgeschlossen sei. Frühestens im Herbst 2009 dürfte eine Arbeitsfähigkeit von zirka 50 % erreicht werden.

3.2.2 Dr. J. ___ ging unter Annahme einer erfolgreichen Sanierung der Hände lediglich von einer Arbeitsfähigkeit von ungefähr 50 % aus. Seiner medizinischen Beurteilung der physischen Ressourcen kann zusammengefasst entnommen werden, dass dem Beschwerdeführer eine sitzende Tätigkeit ohne vorgeneigte Zwangshaltung, ohne händliches leichtes Hantieren mit Werkzeugen und ohne händliche Handrotationen zu 100 % zumutbar ist. Nachdem mit dem Schlussbericht von Dr. H. ___ vom 14. Oktober 2009 (E. 2.3.3) bezüglich der Hände von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einem angepassten Belastungsprofil ausgegangen werden kann, hat sich an der Beurteilung der physischen Ressourcen durch Dr. J. ___ nichts geändert. Eine Einschränkung sah dieser dagegen in den psychischen Ressourcen, welche darin liegen, dass der Beschwerdeführer von seinem Leiden völlig eingenommen sei und eine geringe Schulbildung aufweise. Mit der Berücksichtigung von psychischen Aspekten in seiner Beurteilung vermag Dr. J. ___ aber die Beurteilung der somatischen Beschwerden und deren Folgen des Rheumatologen des C. ___ nicht zu entkräften.

3.2.3 Dr. L. ___ (E. 2.7), welcher in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 1. Juni 2007 und in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 10 bis 20 % attestiert, behandelt den Beschwerdeführer erst seit März 2010 und äußert sich damit über die Arbeitsunfähigkeit in einem Zeitraum, in welchem er den Beschwerdeführer noch nicht kannte, ohne anzugeben, worauf er sich bei diesen Angaben stützt. Außerdem äußert er sich nicht darüber, welche Beschwerden zu einer derart hohen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Jedenfalls hat er psychische Beschwerden in seine Beurteilung miteinbezogen, weshalb auch sein Arztbericht nicht geeignet ist, die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der somatischen Beschwerden durch den C. ___-Rheumatologen und Dr. H. ___ in Zweifel zu ziehen.

3.3 Was den Einwand des Beschwerdeführers, die psychiatrische Begutachtung habe lediglich eine Stunde betragen, obwohl sich in Fachkreisen die Meinung durchgesetzt habe, für eine seriöse psychiatrische Beurteilung seien mindestens zwei Explorationstermine nötig, lässt sich gemäss höchstgerichtlicher Rechtsprechung ein

Zeitraumen für eine Untersuchung nicht allgemeingültig festlegen (Urteil des Bundesgerichts I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1). Wie viel Aufwand im Einzelfall zu betreiben ist, hängt von der Fragestellung und dem zu beurteilenden Beschwerdebild ab.

Hinsichtlich der psychischen Beschwerden ging die C.____-Gutachterin (E. 2.6) davon aus, dass der Beschwerdeführer an einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (F43.23) und an akzentuierten Persönlichkeitszügen mit narzisstischen und paranoiden Zügen (Z73.1) leidet, welche sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, wohingegen Dr. K.____ (E. 2.5) aufgrund einer diagnostizierten Angst und depressiven Stimmung gemischt (F41.2) sowie Merkmalen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung Cluster-Gruppe B (F61.4, paranoide, infantile Anteile) eine Einschränkung von 70 % in der angestammten Tätigkeit und eine solche von 50 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit annimmt. Auffallend ist, dass sich die erhobenen Befunde der beiden Fachärztinnen nicht wesentlich unterscheiden: So fanden beide einen bewusstseinsklaren, allseits orientierten, durchschnittlich intelligenten Beschwerdeführer, der im formalen Denken auf seine Schmerzen und Rechte eingeengt ist. Während Dr. K.____ (lediglich) Hinweise für hypochondrische Ängste, Zwangsgedanken und inhaltliche Denkstörungen im Sinne von paranoider Verarbeitung gefunden hat, deutet die C.____-Gutachterin dies dahingehend, dass der Beschwerdeführer zu einer gewissen Externalisierung von Problemen neige, wobei er den Realitätsbezug nicht verliere und nicht von einer paranoiden Symptomatik im engeren Sinne gesprochen werden könne. Einen Verlust des Realitätsbezuges erwähnt auch Dr. K.____ nicht. Beide Psychiaterinnen fanden den Beschwerdeführer leicht dysphorisch, nicht aber depressiv. Während Dr. K.____ den Beschwerdeführer in der Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentration herabgesetzt erlebte, erachtete die C.____-Gutachterin die kognitiven Fähigkeiten als ungestört.

Wenn Dr. K.____ angesichts der Ähnlichkeit der Befunde von krankhaften psychischen Einschränkungen ausgeht, erstaunt es, dass sie sich nicht darüber geäußert hat, wie sich diese konkret auf die Arbeitsfähigkeit auswirken und insbesondere, wie eine angepasste Tätigkeit ausgestaltet sein sollte. Angesichts der ausführlichen Beschreibung der Anamnese der relevanten biografischen Daten, die den Beschwerdeführer stark belasten sollen, was insbesondere bezüglich der 1996 stattgefundenen Scheidung oder des im Jahr 2006 stattgehabten Unfalles, nach welchem der Beschwerdeführer noch länger als ein halbes Jahr seiner Arbeit nachgegangen ist, seltsam anmutet, entsteht der Eindruck, dass sie sich bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mehr vom subjektiven Empfinden des Beschwerdeführers als von ihrem persönlichen Eindruck hat leiten lassen.

Hieran ändern auch die Einwände des Beschwerdeführers nichts: Zum einen sind keine Konflikte am Arbeitsplatz aktenkundig, ausser der vom Beschwerdeführer gegenüber dem Case-Manager des Krankentaggeldversicherers selber geschilderten Verwarnung aufgrund einer Auseinandersetzung mit Arbeitskollegen. Im gleichen Gespräch hat der Beschwerdeführer auch angegeben, dass sein Verhältnis zu Vorgesetzten und Kollegen gut sei (vgl. Urk. 7/12/8). Allein aufgrund einer Randbemerkung im Arztbericht von Dr. E.____ (E. 2.2.1), der Arbeitgeber habe nicht gewollt, dass der Beschwerdeführer mit dem Gipsschuh arbeite, lässt sich nicht auf Konflikte am Arbeitsplatz schliessen. Dass der Tod des Zwillingsbruders im Jahr 2004 den

Beschwerdeführer in eine Krise gestürzt haben soll, ist zwar nachvollziehbar, er war aber damals trotzdem in der Lage, seiner Arbeit nachzugehen.

3.4 Zusammenfassend ist somit gestützt auf das C.____-Gutachten (E. 2.6) und den Abschlussbericht von Dr. H.____ (E. 2.3.3) davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer von Juli 2007 bis Oktober 2009 zu 100 % arbeitsunfähig war. Seit dem 14. Oktober 2009 ist er in behinderungsangepasster Tätigkeit voll arbeitsfähig. Angesichts der klaren medizinischen Aktenlage bedarf es keiner zusätzlichen Abklärungen. Von einem Arbeitsversuch, bei welchem insbesondere auch die subjektive Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers zum Tragen käme, sind bezüglich der Einschätzung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit keine weiteren relevanten Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d mit Hinweis; RKUV 2006 Nr. U 578 S. 176 E. 3.6; SVR 2001 IV Nr. 10 E. 4b S. 28).

4. Zu prüfen bleibt, wie sich die verminderte Arbeitsfähigkeit auf die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt.

4.1 Der Beschwerdeführer erzielte bei der B.____ im Jahr 2006 - im Jahr vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit - ein Jahresgehalt von Fr. 68'142.-- (vgl. Urk. 7/15/6 und Urk. 7/17/4). Unter Berücksichtigung des Nominal- und Reallohnindexes für Männer von 2014 Punkten im Jahr 2006 und von 2150 Punkten im Jahr 2010 (Die Volkswirtschaft 4-2012 Tabelle B10.3 S. 95) ergibt dies ein Valideneinkommen im Zeitpunkt der beantragten Weiterausrichtung der Rente ab Januar 2010 ein Einkommen von Fr. 72'743.--.

4.2

4.2.1 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die seit 2008 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2011 S. 98 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

4.2.2 Der Beschwerdeführer stellt sich sinngemäss auf den Standpunkt, seine Restarbeitsfähigkeit lasse sich auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt kaum noch verwerten. Ihm sind leichte, vorwiegend sitzende manuelle Tätigkeiten ohne repetitive Griffübungen vollzeitlich zumutbar, für welche der ausgeglichene Arbeitsmarkt genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten anbietet. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind keine übermässigen Anforderungen zu stellen (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C_830/2007 E. 5.1 mit Hinweis).

Als Beispiele für Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt können einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie die Bedienung und Überwachung von (halb-)automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten genannt werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_1005/2008 vom 17. April 2009 E. 2.3.2 mit Hinweisen und U 156/04 vom 17. März 2005 E. 8.2).

4.2.3 Der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Aufgaben beschäftigten Männer betrug im Jahr 2008 im privaten Sektor Fr. 4'806.-- (LSE, Tabelle TA 1), was unter Berücksichtigung des Nominallohnindexes für Männer von 2092 Punkten im Jahr 2008 und von 2150 Punkten im Jahr 2010 (Die Volkswirtschaft 4-2012 Tabelle B10.3 S. 95) und einer durchschnittlichen betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden im Jahr 2010 (Die Volkswirtschaft 4-2012 Tabelle B9.2 S. 94) ein Jahreseinkommen von Fr. 61'642.-- ergibt.

4.3 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei 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 E. 5.2).

Die Beschwerdegegnerin hat einen Leidensabzug von 15 % vorgenommen, was zu einem Invalideneinkommen von Fr. 52'396.-- führt. Dies scheint angesichts der Tatsache, dass dem Beschwerdeführer nicht jede leichte Tätigkeit zumutbar ist, als gerechtfertigt. Insoweit er geltend macht, es sei ein Abzug von 25 % vorzunehmen, ist ihm entgegenzuhalten, dass er eine langjährige Erwerbsbiographie in der Schweiz vorweisen kann, welche nicht nur Schwerarbeiten beinhaltet und von welcher er weiterhin profitieren kann. Zudem ist er der deutschen Sprache zumindest mündlich mächtig. Die Gegenüberstellung der beiden Einkommen (Fr. 72'743.-- Validen- und Fr. 52'396.-- Invalideneinkommen) ergibt eine Einbusse von Fr. 20'347.-- und damit ein Invaliditätsgrad von 28 %. Schliesslich resultierte selbst bei einem Tabellenlohnabzug von 25 % eine Erwerbseinbusse von lediglich Fr. 26'511.-- beziehungsweise von 36 %, was

ebenfalls keinen Anspruch auf eine Invalidenrente gÄbe.

5.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente zu Recht per 31. Dezember 2009 aufgehoben. Damit ist die Beschwerde abzuweisen.

6.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä GemÄss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes Äber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhÄngig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 600.-- als angemessen. AusgangsgemÄss ist sie dem BeschwerdefÄhrer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

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

2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem BeschwerdefÄhrer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

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

- RechtsanwÄltin Dr. Sonja Gabi

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons ZÄrich, IV-Stelle

- Bundesamt fÄr Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Diapositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegen diesen Entscheid kann innere 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes Äber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht wÄhrend 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofqual 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren BegrÄndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des BeschwerdefÄhrers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in HÄnden hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröfentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.