

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01238 vom 22. November 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.01238](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01238)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01238 du 22 novembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01238 del 22 novembre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG ). 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 Beur teil lung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfä higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung ( IVV ) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 die ser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu ver gewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analo ger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzuge hen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Ver änderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschlies sen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem

Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 1.4**

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärung durch Nichteintreten. Tritt sie jedoch auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die vom Antragsteller oder der Antragstellerin glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2) auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (nachstehend E.1.5) vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellten Veränderungen genügen, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2a und b).

#### **E. 1.5**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).  
2.

#### **E. 2**

0. Januar 2016 (Urk. 4) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 27. Januar 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk. 7).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung vom 28. Oktober 2015 (Urk. 2) fest, dass dem Beschwerdeführer mit Verfügungen vom 26. September 2011 eine

befristete Rente zugesprochen worden sei. Ab Februar 2011 habe bei einem Invaliditätsgrad von 11 % (Restarbeitsfähigkeit von 100 % in einer behinderungsangepassten Erwerbstätigkeit) kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente bestanden. Mit der erneuten Anmeldung werde eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht. Gemäss den medizinischen Unterlagen handle es sich bezüglich der somatischen Aspekte um einen bereits bekannten, stationären und versicherungsmedizinisch gewürdigten Sachverhalt. Die Diagnose einer sonstigen spezifischen Angststörung könne durch einen nichtpsychiatrischen Facharzt nicht gestellt werden und könne keinen eigenständigen dauerhaften Gesundheitsschaden begründen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht würden sich somit keine neuen objektiven Befunde ergeben, welche eine andere Beurteilung des Gesundheitszustandes zulassen würden. Aus medizinischer Sicht liege die Restarbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Erwerbstätigkeit nach wie vor bei 100 %. Eine Verschlechterung sei nicht ausgewiesen. Auf aktive Arbeitsvermittlung bestehe zudem nur Anspruch, wenn eine gesundheitsbedingte Einschränkung bei der Stellensuche bestehe. Beim Beschwerdeführer bestehe keine gesundheitsbedingte Einschränkung bei der Stellensuche, weshalb das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) zuständig sei (S. 2).

Daran hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort fest (Urk. 4) und reichte zudem eine ergänzende Stellungnahme des Regionales Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (Urk. 5).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich hingegen auf den Standpunkt (Urk. 1), dass die letzte Rentenverfügung ungeachtet des Urteils des hiesigen Gerichts vom 15. November 2012 aufgrund ärztlicherseits neu festgestellter relevanter Tatsachen aus objektiver Sicht falsch gewesen ist. Er sei infolge verschiedener notwendig gewordenen Operationen bis ins Jahr 2004 arbeitsunfähig gewesen. Die Beschwerdegegnerin hätte aufgrund des neu gestellten Leistungsbegehrens auf die Sache eintreten und den neu geltend gemachten Sachverhalt prüfen müssen. Indem sie dies nicht gemacht habe, habe sie das rechtliche Gehör verweigert (S. 3 Ziff. 5, S. 4 f. Ziff. 7).

### **E. 2.3**

Streitig ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der befristeten Rentenzusprache vom 26. September 2011 anspruchserheblich verändert hat. 3. 3.1

Der rechtskräftigen befristeten

Rentenzusprache vom 26. September 2011 (Urk. 6/72) lagen im Wesentlichen das Gutachten der Ärzte des Y.\_\_\_\_ vom 11. August 2010 (Urk. 6/34/2-18 = Urk. 6/85/178-194) sowie der Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ vom 14. Februar 2011 (Urk. 6/41/2-8 = Urk. 6/85/121-127) zugrunde. 3.2

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Y.\_\_\_\_, erstattete ihr orthopädisch-traumatologisches Gutachten am 11. August 2010 (Urk. 6/34/2-18 = Urk. 6/85/178-194) zuhanden der Unfallversicherung gestützt auf die Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 16. Februar und 17. Juni 2010 sowie gestützt auf die Akten (S. 1 unten). Sie nannte die folgenden Diagnosen (S. 12 oben): - eingeschränkte Schulterbeweglichkeit und chronische Schulterschmerzen mit leichter Omarthrose rechts bei - Status nach dreimaliger Schulterluxation rechts mit

Reposition in verschiedenen Spitälern - Status nach diversen anamnestischen Teilluxationen mit Selbstreposition - Status nach viermaliger Stabilisierungsoperation mit Limbusrefixationen (22. Juli 1997, 30. April 2008 und 12. Dezember 2009) und Kapselplastik nach Neer (16. Februar 2007) - spastische Teilparese linker Arm und verlangsamte Sprache (seit Geburt): unfallfremd

Die Gutachterin führte aus, es sei wichtig, dem Beschwerdeführer die Angst vor einer erneuten Luxation der Schulter zu nehmen und ihm eine Verbesserung der Kraft und Ausdauer anzubieten. In einer kurzen stationären Rehabilitation von 3 Wochen würden sich die klinischen Befunde durch Beobachtung des Beschwerdeführers über einen längeren Zeitraum objektivieren lassen und anhand einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) könne ein Zumutbarkeitsprofil erstellt werden, woraus eine fundierte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden könne (S. 15 Ziff. 9.1). Momentan bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige berufliche Tätigkeit als Geschäftsführer. Allerdings sollte sich aufgrund einer EFL in Zusammenhang mit einer stationären Rehabilitation eine namhafte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ergeben (S. 16 Ziff. 9.2). In welchen Tätigkeiten der Beschwerdeführer eingeschränkt sei beziehungsweise welche Tätigkeiten ihm noch zumutbar seien, solle anhand einer EFL beurteilt werden (S. 16 Ziff. 9.3-9.4).

### 3.3

Der Beschwerdeführer hielt sich vom 19. Januar bis 8. Februar 2011 stationär in der Z.\_\_\_\_ auf (Urk. 6/41/2-8 = Urk. 6/85/121-127, S. 1 Mitte). Die Ärzte der Z.\_\_\_\_ nannten die folgenden Diagnosen (S. 1 Mitte): - Unfall vom 12. (richtig: 9.) Januar 2009: auf Glatteis ausgerutscht und rechte Schulter ausgekugelt - vordere, untere Schulterluxation rechts bei Status nach mehrfachen Schulterluxationen (Februar 2008 und Mai 2008 Labrumplastik rechts), aktuell reduzierte Schulterstabilität rechts - 15. Januar 2009 Arthro-MRI der Schulter rechts: kleiner Hill-Sachs-Defekt mit mässigem Bone

bruise an üblicher Lokalisation am Humeruskopf, kleiner Einriss der Supraspinatussehne (kleine Partialruptur am posterioren Anteil), leichte AC-Gelenksarthrose - 10. Dezember 2009 Arthroskopie am rechten Schultergelenk: keine neue anatomische Schädigung nach dem letzten Sturz. Ventrale Stabilisierung - angeborene Teilparese des linken Armes - Schlafapnoesyndrom (Erstdiagnose 2009), Continuous Positive Airway

Pressure (CPAP) - keine psychische Störung von Krankheitswert, aber ängstliche Verunsicherung in Bezug auf weitere Schulterluxationen (kinesiophobe Tendenzen) und leichte psychische Auslenkung mit erhöhter Affekt- und Stimulationslabilität sowie Besorgtheit infolge psychosozialer Belastung, in der ICD-10 als „psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten“ zu codieren (F54) - psychomotorische Verlangsamung infolge eines Geburtsschadens (Hypoxie), durch Adaption seit Kindheit relativ gut kompensiert

Die Ärzte der Z.\_\_\_\_ führten aus, beim Beschwerdeführer hätten beim Austritt Bewegungseinschränkungen des rechten Arms bei Bewegungen über der Horizontalen, ein Instabilitätsgefühl der rechten Schulter, Ruhe- und Belastungsschmerzen der rechten Schulter sowie eine Schmerzausstrahlung in das Schulterblatt und den Nacken rechts vorgelegen (S. 1 unten).

Die bisherige Tätigkeit als Geschäftsführer beziehungsweise Clubmanager sowie eine andere, leichte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer ohne Tätigkeiten über Brusthöhe sowie lediglich gelegentliches Hantieren von Lasten ausnahmsweise bis maximal 15 kg zu 100 % zumutbar (S. 2 Mitte). 3.4

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 19. März 2011 (Urk. 6/57/7-8) aus, dass gestützt auf den Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ vom Februar 2011 ab Austrittsdatum, mithin ab 8. Februar 2011 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit ausgegangen werden könne. Es gelte das folgende Belastungsprofil: körperlich leichte Tätigkeiten ohne Tätigkeiten mit dem rechten Arm über Brusthöhe sowie Meidung von Lastenhantieren ab 15 kg. In der angestammten Tätigkeit bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Wesentliche Veränderungen im Gesundheitszustand seien prognostisch nicht zu erwarten.

Der RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 16. Juni 2011 an seinen am 19. März 2011 getätigten Ausführungen fest (Urk. 6/67/2). 3.5

Das hiesige Gericht hielt in seinem rechtskräftigen Urteil vom 15. November 2012 (Urk. 6/78) fest, dass die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der strittigen Zeit ab Februar 2011 zu Recht auf den Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ abgestellt habe. Denn der Bericht der Ärzte der Z.\_\_\_\_ erfülle die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines medizinischen Berichts vollumfänglich, weshalb für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen und damit ab Austritt aus der Z.\_\_\_\_ im Februar 2011 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auszugehen sei (E. 4.1, E. 4.3). 4. 4.1

Nach Erlass der rechtskräftigen befristeten Rentenzusprache vom 26. September 2011 (Urk. 6/72) ergingen die nachfolgenden Berichte. 4.2

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, führte in seinem Bericht vom 7. Dezember 2011 (Urk. 6/85/57-58) aus, dass ihm sämtliche Operations- und Verlaufsunterlagen sowie alle bildgebenden Dokumente fehlen würden. Der Beschwerdeführer sei viermal an der rechten Schulter wegen Instabilität operiert worden. Die erste Operation gehe auf das Jahr 2003 zurück. Seither sei er noch dreimal operiert worden, zweimal arthroskopisch und zweimal offen. Anscheinend sei jedes Mal eine Refixation des Limbus und das letzte Mal eine Kapselraffung mit Refixation durchgeführt worden (S. 1 Mitte). Der Beschwerdeführer zeige jedoch in der rechten Schulter eine hochgradige schmerzhaftige Bewegungseinschränkung und nach wie vor eine beträchtliche Instabilität. Rotationsbewegungen, wie Aussen- oder Innenrotation mit Nackengriff oder Schürzengriff, könne er deswegen nicht ausführen. Bereits bei der Abduktion bis 90° oder Elevation bis 90° verspüre er eine intensive Schmerzhaftigkeit in der rechten Schulter. Die Schmerzhaftigkeit sei auch konstant, unabhängig von Tätigkeiten (S. 1 unten). Vor den Instabilitäts-Operationen sei der Beschwerdeführer vorwiegend Rechtshänder gewesen, da linksseitig seit Kindheit eine Lähmung bestehe, die vorwiegend den Handbereich betreffe. Es müsse sich um eine untere Plexuslähmung gehandelt haben, denn vorwiegend sei der Ulnaris und Radialis betroffen. Aus diesem Grund sei er vor der Instabilität zu 80 % mit der rechten Schulter und Hand tätig gewesen und die linke Seite sei lediglich assistiv tätig gewesen. Nach den Instabilitätsoperationen sei das Problem jetzt dermassen gravierend geworden, da er rechtsseitig praktisch nichts ohne Schmerzen ausführen und linksseitig

nicht ausweichen könne (S. 2 oben).

#### 4.3

Dr. C.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 13. Februar 2012 (Urk. 6/85/55) aus, dass die Arthro -MRI-Untersuchung nicht nur die erneute hochgradige Instabilitäts-Insuffizienz nach ventrokaudal , sondern auch den Grund der starken Schmerzhaftigkeit bei allen Rotations-, Elevations- und Abduktions-Bewegungen gezeigt habe. Sowohl in den Computer-Tomographien als auch in den 3D-Darstellungen erkenne man mit dem weitgehenden Fehlen des Limbus glenoidalis

ventrokaudal die zwei vorstehenden Metallanker ventrokaudal . Bei allen Rotationsbewegungen reibe der humerale Knorpel an den beiden Metallstücken, was notgedrungen sehr schmerzhaft sei. Die hochgradige Insuffizienz der Stabilität sei rein klinisch sehr eindeutig. Die starke Schmerzhaftigkeit bei allen Bewegungen sei jedoch nicht allein durch die Instabilität, sondern vor allem durch das Reiben der beiden Metallspitzen gegen den Humeruskopf erklärt. Dies bedeute auch, dass das Metall unbedingt entfernt werden und die Schulter gleichzeitig mit einer Triple Verrouillage -Rekonstruktion stabilisiert werden müsse. Dadurch könne sowohl die Schmerzhaftigkeit als auch die Stabilität wiederhergestellt werden. 4.4

Aus dem Operationsbericht vom 30. August 2012 (Urk. 6/91/12-13) geht hervor, dass beim Beschwerdeführer am 28. August 2012 eine Bristow

Latarjet -Rekonstruktion durchgeführt und ein vorstehender Schraubenanker entfernt wurden . 4.5

Dr. C.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 12. Oktober 2012 (Urk. 6/91/11) aus, dass der Beschwerdeführer sechs Wochen postoperativ einen guten Verlauf zeige. Er sei noch 100 % arbeitsunfähig. 4.6

Am 17. Dezember 2012 berichtete Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 6/91/10), der Beschwerdeführer zeige etwas mehr als 2 Monate postoperativ Fortschritte in der Physiotherapie. Die Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit sei erst diskussionswürdig nach fortgeschrittener Rehabilitation der rechten Schulter. Dies werde mindestens zwischen 6 und 12 Monate in Anspruch nehmen. Er gehe davon aus, dass der Beschwerdeführer eine gute Prognose habe, eine gute strukturelle und dynamische Stabilität wiederzuerlangen. Dies allein werde jedoch deutlich länger, nämlich zirka 6 Monate bis 1 Jahr dauern. Erst dann könne definitiv beurteilt werden, wie hoch die Arbeitsfähigkeit sein werde. 4.7

Dr. C.\_\_\_\_ berichtete am 22. Januar 2013 (Urk. 6/91/9), beim Beschwerdeführer würden sich die inneren Bremsen 5 Monate postoperativ etwas zu lösen

beginnen . An sich sei die rechte Schulter stabil . Mental sei der Beschwerdeführer jedoch noch unheimlich gehemmt, die Therapien und die selbständigen Übungen so auszuführen, wie sie verordnet seien . Er gebe sich Mühe, aber es bestehe immer eine Angst, die Schulter könnte bei irgendeiner Bewegung wieder luxieren oder er könnte stürzen und dabei eine Luxation erleiden. Der Beschwerdeführer sei noch zu 100% arbeitsunfähig.

#### 4.8

In seinem Bericht vom 1. März 2013 (Urk. 6/91/7-8) führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer mache es ein halbes Jahr postoperativ an sich gut, mit einer guten Beweglichkeit der Horizontalen. Bei den Bewegungen oberhalb der Horizontalen, vor

allem gleichzeitig mit Aussenrotation , sei er vollständig blockiert und zwar durch ein unspezifisches Angstgefühl. Dadurch, dass er die artikuläre Muskulatur noch nicht gut auftrainiert habe und deswegen die gleno-humerale Zentrierung noch nicht vollständig sei, schiebe er bei gewissen Bewegungen den Humeruskopf gegen den transferierten Knochenblock des Coracoides

ventrokaudal am Glenoidalrand . Dieser Kontakt verursache dem Beschwerdeführer dieselben Gefühle wie früher, als die Schulter luxierte. Er müsse nun in der folgenden Zeit lernen, dass die Schulter stabil sei und solche Bewegungen und Gefühle durchaus möglich seien, ohne dass eine Relaxationsgefahr bestehe (S. 1 Mitte). Der Beschwerdeführer sei noch zu 100

% arbeitsunfähig (S. 1 unten).

4.9

Am 8. April 2013 (Urk. 6/91/6) berichtete Dr. C.\_\_\_\_ , der Beschwerdeführer mache 7 Monate postoperativ jetzt doch Fortschritte. Mit zunehmender Dauer der Therapie werde er auch spüren, dass die Schulter so stabil sei, dass sie nicht mehr luxieren könne. Dies sei ein Lernprozess von vielen Monaten. Die Fortschritte seien jedoch langsam zunehmend grösser, weshalb auch die Zuversicht und positive Motivation des Beschwerdeführers steige. Auch schwinde zunehmend das Angstgefühl. 4.10

Am 17. Mai 2013 erstattete Dr. A.\_\_\_\_ , Y.\_\_\_\_ , ihr orthopädisches Gutachten (Urk. 6/92/5-22 = Urk. 6/95) zuhanden der Unfallversicherung gestützt auf die Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 6. Mai 2013 sowie gestützt auf die Akten (S. 1 unten). Die Gutachterin nannte die folgenden Diagnosen (S. 13 oben): - eingeschränkte Schulterbeweglichkeit und chronische Schulterschmerzen bei leichter Omarthrose rechts - Status nach dokumentierter dreimaliger Schulterluxation rechts mit Reposition in verschiedenen Spitälern - Status nach diversen anamnestischen Teilluxationen mit Selbstreposition - Status nach viermaliger Stabilisierungsoperation mit Limbusrefixationen (22. Juli 1997, 30. April 2008, 12. Dezember 2009) und Kapselplastik nach Neer (16. Februar 2007) - Status nach Triple verouillage rechts (Prozedere nach Bristow

Latarjet ) - spastische Teilparese linker Arm und verlangsamte Sprache (seit Geburt): unfallfremd - Schlafapnoe: unfallfremd

Der Beschwerdeführer könne den rechten Arm nach eigenen Angaben bis auf Brusthöhe gut benutzen und zirka 5 kg heben. Gestreckt könne er zirka 5 kg tragen. Alle Bewegungen über Brusthöhe rechts seien ihm hingegen nicht möglich, beispielsweise die Haare kämmen (S. 10 oben). Die Gutachterin führte unter anderem aus, bei der aktuellen Untersuchung 9 Monate postoperativ hätten chronische belastungsabhängige Schmerzen in der rechten Schulter im Vordergrund gestanden. Zudem sei der Beschwerdeführer überzeugt, dass die rechte Schulter nicht halten würde, da er immer wieder das Gefühl von beginnenden Luxationen habe (S. 14 oben). Objektiv – auch radiologisch – könne von einem recht guten Resultat der Operation vor 9 Monaten gesprochen werden. Klinisch habe der Beschwerdeführer eine bessere Beweglichkeit als bei anderen Untersuchungen, auch sei die Schulter klinisch stabil. Hinderlich sei das subjektive Gefühl, dass die Schulter weiterhin nicht stabil sei. Dies sei durch die langjährige Geschichte zwar nachvollziehbar, entspreche aber nicht mehr der heute bestehenden Schultermechanik. Der Rehabprozess könne noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden, sondern müsse im Gegenteil

entsprechend dem Vorschlag von Dr. C.\_\_\_\_ intensiviert werden. Zurzeit sei noch kein medizinischer Endzustand erreicht (S. 14 Mitte). Der Beschwerdeführer sei gegenwärtig noch nicht arbeitsfähig. Er sei noch im Reha-Prozess, welcher intensiviert werden sollte. Entsprechend könne ein Zumutbarkeitsprofil nicht definitiv erstellt werden (S. 17 Ziff. 9.1-9.3).

#### 4.11

Dr. C.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 3. Juni 2013 (Urk. 6/93) aus, dass das Schultergelenk des Beschwerdeführers durch die Bristow

Latarjet-Rekonstruktion stabil geworden sei und er weder Luxationen noch Reluxationen habe. Die Rehabilitation sei aber durch ein ausgesprochenes Angstgefühl gehemmt. Bei Aussenrotation und Abduktion schiebe er den Humeruskopf gegen den Coracoid-Knochenblock am ventrokaudalen

Glenoidalrand, was zu einer Berührungsempfindlichkeit führe (S. 1 unten). Es sei wichtig, dass bezüglich der Gesamtsituation eine Rehabilitation erfolgen könne, dies beinhalte eine begleitende psychotherapeutische Behandlung, da er sehr von Angstgefühlen geprägt sei (S. 2 oben).

#### 4.12

Vom 20. August bis 25. September 2013 weilte der Beschwerdeführer stationär in der D.\_\_\_\_, worüber am 14. Oktober 2013 im Austrittsbericht berichtet wurde

(Urk. 6/101/6-12). Die Ärzte der D.\_\_\_\_ nannten die folgenden, für den Rehabilitationsaufenthalt relevanten Diagnosen (S. 1 Mitte): - Rezidiv-Instabilität im rechten Schultergelenk nach ventrokaudal bei - Status nach multiplen Luxationen und mehreren Instabilitäts-Operationen - Zustand nach Triple verouillage rechts (Bristow

Latarjet-Verfahren) am 28. August 2012 - Hemiparese links bei Geburtstrauma (Hypoxie) - sonstige spezifische Angststörung (ICD-10 F41.8)

Als Nebendiagnose nannten sie eine obstruktive Schlafapnoe (S. 1 unten). Der Beschwerdeführer habe gute Fortschritte erzielen können. Die aktive Schulterbeweglichkeit habe sich verbessert und wenn er abgelenkt gewesen sei, sei die Beweglichkeit viel besser gewesen. Sobald er sich auf die Schulterbewegung konzentriert habe, habe er den Arm deutlich weniger weit flektieren, abduzieren sowie aussenrotieren können. Es habe noch eine starke Ausweichbewegung und ein sehr hoher Muskeltonus allgemein bestanden (S. 2 Mitte). Für die Dauer des stationären Aufenthaltes und bis auf weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der Komplexität der Beschwerden mit einerseits Geburtsgebrechen links und Einschränkungen des bisher kompensierenden rechten Armes sei für die genaue Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eine interdisziplinäre gutachterliche Untersuchung erforderlich. Weiterhin sollten Arbeiten auf Schulterhöhe beziehungsweise über Kopf grundsätzlich nicht vorkommen (S. 3 oben).

Im Bericht vom 28. Oktober 2013 (Urk. 6/101/1-5) nannten die Ärzte der D.\_\_\_\_ die gleichen Diagnosen wie im Austrittsbericht vom 14. Oktober 2013 (Ziff. 1.1). Bis 2006 sei der Beschwerdeführer als Clubmanager in diversen Diskotheken tätig gewesen, wo er vorrangig im Servicebereich gearbeitet habe. Aufgrund der multiplen Schulterluxationen und der darauffolgenden Operationen sei er nicht mehr in der Lage gewesen, diese Tätigkeit auszuführen (Ziff. 1.6). Beidhändige Arbeiten, die zudem auch noch über Kopf ausgeübt werden sollen, seien dem Beschwerdeführer nur noch eingeschränkt zumutbar.

Der bisher dominierende rechte Arm sei in der Funktion deutlich eingeschränkt und links bestehe ein Geburtsgebrechen. Somit seien viele Arbeiten nicht mehr möglich. Über das genaue Tätigkeitsprofil der bisherigen Tätigkeit seien sie nicht informiert, eine Servicetätigkeit sei jedoch sicherlich nicht mehr möglich (Ziff. 1.7). Durch die Weiterführung des instruierten Heimprogrammes, der regelmässigen Physiotherapie, des Krafttrainings und der ambulanten psycho somatischen Therapie sollte sich die physische Belastbarkeit des Beschwerdeführers derart steigern lassen, dass eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess denkbar sei (Ziff. 1.8). 4.13

Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, nannte in seinem Bericht vom 11. November 2013 (Urk. 6/102/4-5) die folgende Diagnose (S. 1 Ziff. 2): - Status nach Latarjet-Procedure offen am 28. August 2012 bei Status nach Rezidiv-Instabilität im rechten Schultergelenk nach 4 Voroperationen - Hemiparese links bei Geburtstrauma

Objektiv bestehe höchstens radiologisch eine fehlende Konsolidation und vermutlich zu distale und zu laterale Lage des Knochenblockes. Da aber kein Krepitieren aufträte, was typisch für eine solche Situation wäre, scheine diese Problematik nicht relevant zu sein. Die beschriebenen subjektiven Instabilitäten könnten bei sämtlichen Tests nicht nachvollzogen werden; die Schulter scheine perfekt stabil zu sein (S. 1 Ziff. 2).

Aufgrund der Schultersituation scheine ihm eine Arbeitsfähigkeit in einem 60 %-Pensum als DJ voll gegeben zu sein. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden könnten bei einer Arbeit auf Tischhöhe eigentlich keine Verstärkung erfahren; die unspezifischen Verspannungen nachal könne er nicht beurteilen (S. 2 Ziff. 5). Seines Erachtens habe der Beschwerdeführer - bei einem äusserst ereignislosen, mithin) deprimierenden Tagesablauf - vor allem ein psychiatrisches oder soziales Problem, welches das Schulterproblem eindeutig überlagere (S. 2 unten). 4.14

Der RAD-Arzt Dr. B. \_\_\_\_, führte in seiner Stellungnahme vom 12. Dezember 2013 (Urk. 6/106/3) aus, dass es sich bezüglich der somatischen Aspekte um einen bereits bekannten, stationären und versicherungsmedizinisch gewürdigten Sachverhalt handle. Die von der D. \_\_\_\_, fachfremd postulierte „sonstige spezifische Angststörung F41.8“ (dass sich die Schulter wieder ausrenken könnte) sollte nach Fachbesprechung mit Dr. med. F. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im RAD keinen eigenständigen dauerhaften Arbeitsunfähigkeits-Wert besitzen. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit seiner Stellungnahme vom 16. Juni 2011 (vgl. vorstehend E. 3.4) somit objektiv nicht wesentlich verändert.

So hielt Dr. F. \_\_\_\_, am 12. Dezember 2013 (Urk. 6/106/3) ergänzend fest, dass die Diagnose einer sonstigen spezifischen Angststörung (ICD-10 F41.8) nicht durch einen nichtpsychiatrischen Facharzt gestellt werden könne. 4.15

Am 21. Januar 2014 berichtete Dr. C. \_\_\_\_, (Urk. 6/103), bei der MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule hätten keine wesentlichen pathologischen Befunde gefunden werden können, welche die Muskelproblematik des Beschwerdeführers erklären könnten. Es handle sich auch um eine eigentlich e

Muskelverspannungsschmerzhaftigkeit

cervico-brachial, vor allem dorsal rechts. Der Beschwerdeführer weise unterhalb der Horizontalen eine praktisch normale Beweglichkeit auf und es entstehe langsam auch eine Beweglichkeit oberhalb der Horizontalen (S. 1 Mitte). Die Arbeitsfähigkeit sei sicher noch

nicht gegeben (S. 1 unten). 4.16

Dr. C.\_\_\_\_ äusserte sich in seinem Bericht vom 31. März 2014 (Urk. 6/116) zur Versicherungssituation seines Patienten (S. 1 Mitte). Der Wiedereinstieg in einen Beruf sei zudem im Moment nicht möglich, da die Behinderung von Seiten des linken Armes schon einen Grossteil der Tätigkeiten ausschliesse und die postoperative Behinderung des rechten Schultergelenkes ebenfalls noch signifikant sei (S. 1 unten). Ausserdem machte Dr. C.\_\_\_\_ Angaben darüber, welche Versicherung seiner Ansicht nach für welche Kosten aufzukommen habe (S. 2 oben). 4.17

Am 12. August 2014 berichtete Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 6/131/6), der Beschwerdeführer zeige eine deutlich bessere Beweglichkeit und auch die Kraft sei besser. Er habe aber immer zeitweise eine bei bestimmten Bewegungen einschliessende Schmerzhaftigkeit, was durchaus vom Kontakt des Humeruskopfes mit der Schraube herrühren könnte. Es empfehle sich deshalb, die wohl verursachende Schraube zu entfernen, was am 26. August 2014 stattfinden werde. 4.18

Dr. C.\_\_\_\_ äusserte sich in seinem Bericht vom 24. Februar 2015 an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (Urk. 6/140) dahingehend, dass die Tatsache, dass der Beschwerdeführer linksseitig eine Geburtsschädigung mit einer Teilparese des linken Armes und der Hand aufweise und daher mit dem linken Arm nicht voll funktionsfähig sei, in der Beurteilung des rechten Armes nie berücksichtigt worden sei. Der Beschwerdeführer sei bei der Gesamtbeurteilung auf einen 100%igen funktionierenden Arm angewiesen, denn die linke Hand und der linke Arm seien nur Hilfsorgane. Es sei falsch, wenn einfach ein Schulterproblem rechts behandelt werde, ohne die Gesamtsituation zu berücksichtigen. 4.19

Der RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 16. April 2015 (Urk. 6/150/3) fest, dass keine neuen unberücksichtigten ärztlichen Fakten vorgebracht worden seien, weshalb an der Beurteilung vom 12. Dezember 2013 (vgl. vorstehend E. 4.14) festgehalten werde.

4.20

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 18. Januar 2016 (Urk. 5) führte der RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ aus, dass beim Vergleich der vom Operateur Dr. C.\_\_\_\_ wiedergegebenen Funktionserhebungen am rechten Schulterbereich objektiv von annähernd gleichen bis leicht gebesserten Verhältnissen ausgegangen werden könne. Auch die Teilparese im linken Arm sei vorbekannt gewesen und offenbar unverändert deklariert worden. Eine wesentliche funktionelle Veränderung am rechten Schultergelenk und am linken Arm könne somit unter Berücksichtigung der zwei zwischenzeitlich weiteren Schulteroperationen am 28. August 2012 sowie am 26. August 2014 (Schraubenentfernung) nicht schlüssig nachvollzogen werden. Diesbezüglich sei objektiv funktionell seit 19. März 2011 (vgl. vorstehend E. 3.4) von einem stationären Gesundheitszustand auszugehen (S. 2). 5. 5.1

Der rechtskräftigen befristeten Rentenzusprache vom 26. September 2011 lagen im Wesentlichen das orthopädisch-traumatologische

Y.\_\_\_\_-Gutachten vom August 2010 sowie der Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ vom Februar 2011 zugrunde (vorstehend E. 3.1). Die Y.\_\_\_\_ Gutachterin diagnostizierte eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit und chronische Schulterschmerzen mit leichter Omarthrose rechts

sowie eine seit Geburt bestehende spastische Teilparese des linken Armes und eine verlangsamte Sprache. Sie attestierte dem Beschwerdeführer eine momentane 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer. Allerdings sollte sich aufgrund einer EFL in Zusammenhang mit einer stationären Rehabilitation eine namhafte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Welche Tätigkeiten dem Beschwerdeführer noch zumutbar seien, sollte ebenfalls anhand einer EFL beurteilt werden (vorstehend E. 3.2).

Die Ärzte der Z.\_\_\_\_ diagnostizierten eine vordere, untere Schulterluxation rechts bei Status nach mehrfachen Schulterluxationen, aktuell reduzierte Schulterstabilität rechts, eine angeborene Teilparese des linken Armes, ein Schlafapnoesyndrom, psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten infolge einer ängstlichen Verunsicherung in Bezug auf weitere Schulterluxationen sowie eine psychomotorische Verlangsamung infolge eines Geburtsschadens (Hypoxie), das jedoch durch Adaptation seit der Kindheit relativ gut kompensiert worden sei. Die Ärzte der Z.\_\_\_\_ attestierten dem Beschwerdeführer sodann eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für seine angestammte Tätigkeit als Geschäftsführer beziehungsweise Clubmanager sowie für andere, leichte Tätigkeiten ohne Tätigkeiten über Brusthöhe sowie lediglich gelegentliches Hantieren von Lasten ausnahmsweise bis maximal 15 kg (vorstehend E. 3.3). Das hiesige Gericht bestätigte mit Urteil vom 15. November 2012, dass die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu Recht auf den Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ abgestellt hatte (vorstehend E. 3.5).

Bei dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. Oktober 2015 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. B.\_\_\_\_ vom Dezember 2013 und April 2015, wonach es sich bezüglich der somatischen Aspekte um einen bereits bekannten, stationären und versicherungsmmedizinisch gewürdigten Sachverhalt handle. Zudem besitze die von der D.\_\_\_\_ fachfremd postulierte „sonstige spezifische Angststörung“ (dass sich die Schulter wieder ausrenken könnte) keinen eigenständigen dauerhaften Arbeitsunfähigkeits-Wert. Der Gesundheitszustand habe sich objektiv nicht wesentlich verändert (vorstehend E. 4.14, 4.19). 5.2

Vorab kann festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin – wie sie zu Recht vorgebracht hat (Urk. 4 S. 2 Ziff. 2) – auf das neue Leistungsbegehren des Beschwerdeführers eingetreten ist und den Sachverhalt erneut geprüft hat. Sie hat zusätzliche ärztliche Berichte angefordert und die Sache mehrmals dem RAD zur Beurteilung vorgelegt. Schliesslich hat sie eine materielle Entscheidung erlassen. Der Einwand des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe das rechtliche Gehör verweigert (vorstehend E. 2.2), erweist sich demnach als nicht stichhaltig. 5.3

Aus dem der rechtskräftigen befristeten Rentenzusprache vom September 2011 zugrundeliegenden orthopädisch-traumatologischen

Y.\_\_\_\_-Gutachten vom August 2010 (Urk. 6/34/2-18 = Urk. 6/85/178-194 S. 2 Mitte) und dem Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ vom Februar 2011 (Urk. 6/41/2-8 = Urk. 6/85/121-127 S. 4 unten) geht hervor, dass den Ärzten die im Jahr 1997 durchgeführte Limbusrefixation mittels dreier Anker bereits bekannt war. Das Gleiche gilt für die seit Geburt bestehende Teilparese des linken Armes (vorstehend E. 3.2-3.3). Das Y.\_\_\_\_-Gutachten und der Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ basierten somit entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4 Ziff. 7) auf objektiv korrekten Tatsachen. 5.4

Die von Dr. C.\_\_\_\_ erstmals im Februar 2012 festgestellte Problematik bezüglich der zwei vorstehenden beschwerdeverursachenden Metallanker (vorstehend E. 4.3) trat erst nach der rechtskräftigen befristeten Rentenzusprache vom 26. September 2011 auf. Im Oktober 2012 wurde eine Bristow

Latarjet -Rekonstruktion durchgeführt und ein vorstehender Schraubenanker entfernt (vorstehend E. 4.4). Im Zeitpunkt der erneuten Anmeldung im März 2013 (Urk. 6/83 = Urk. 6/86) war diese Problematik somit bereits wieder behoben. Dies ergibt sich insbesondere auch aus dem orthopädischen Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom Mai 2013, aus welchem hervorgeht, dass der Beschwerdeführer den rechten Arm bis auf Brusthöhe gut benutzen und zirka 5 kg heben konnte. Gestreckt konnte er zirka 5 kg tragen (vorstehend E. 4.10). Dr. C.\_\_\_\_ berichtete im August 2014 wieder von Schmerzen, die von der anderen Schraube herrühren könnten, weshalb diese noch im gleichen Monat entfernt wurde (vorstehend E. 4.17).

Im orthopädischen Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom Mai 2013 wurde sodann festgehalten, dass 9 Monate postoperativ von einem recht guten Resultat der Operation gesprochen werden könne. Der Beschwerdeführer weise eine bessere Beweglichkeit aus und auch die Schulter sei stabil. Hinderlich sei jedoch sein subjektives Gefühl, dass die Schulter weiterhin nicht stabil sei (vorstehend E. 4.10). Im Austrittsbericht der D.\_\_\_\_ vom Oktober 2013 wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe gute Fortschritte erzielen können und die aktive Schulterbeweglichkeit habe sich verbessert, wobei die Beweglichkeit viel besser gewesen sei, wenn er abgelenkt gewesen sei (vorstehend E. 4.12). Dr. E.\_\_\_\_ führte im November 2013 aus, dass die Schulter perfekt stabil sei; die beschriebenen subjektiven Instabilitäten hätten bei sämtlichen Tests nicht nachvollzogen werden können (vorstehend E. 4.13).

Auch Dr. C.\_\_\_\_ berichtete im Juni 2013, das Schultergelenk sei durch die Bristow-Latarjet-Rekonstruktion stabil geworden und der Beschwerdeführer habe weder Luxationen noch Reluxationen. Die Rehabilitation sei jedoch durch ein ausgesprochenes Angstgefühl gehemmt (vorstehend E. 4.11). Im Januar 2014 führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, bei der MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule hätten keine wesentlichen pathologischen Befunde gefunden werden können, welche die Muskelproblematik des Beschwerdeführers erklären könnten. So handle es sich um eine eigentliche Muskelverspannungsschmerzhaftigkeit. Der Beschwerdeführer weise unterhalb der Horizontalen eine praktisch normale Beweglichkeit auf und es entstehe langsam auch eine Beweglichkeit oberhalb der Horizontalen (vorstehend E. 4.15).

Den obigen Ausführungen kann entnommen werden, dass bei der erneuten Anmeldung im März 2013 im Vergleich zum Zeitpunkt der befristeten Renten zusprache im September 2011 hinsichtlich der rechten Schulter objektiv ein in etwa gleich gebliebener Gesundheitszustand vorlag. 5.5

Die im Austrittsbericht der D.\_\_\_\_ vom Oktober 2013 diagnostizierte sonstige spezifische Angststörung wurde – wie von der Beschwerdegegnerin zu Recht vorgebracht wurde (vorstehend E. 2.1, Urk. 4 S. 2 Ziff. 4) – nicht anhand von objektiven Befunden begründet. Im Austrittsbericht der D.\_\_\_\_ wurde lediglich erwähnt, dass sich der Beschwerdeführer angstbedingt eine Schonhaltung angewöhnt habe (Urk. 6/101/6-102 S. 2 oben, vgl. vorstehend E. 4.12). Die Diagnose einer Angststörung ist demnach nicht hinreichend begründet. Ausserdem wurden die beschriebenen Ängste bereits im Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ vom Februar 2011 festgestellt, in welchem festgehalten worden war, dass keine

psychische Störung von Krankheitswert vorliege, aber eine ängstliche Verunsicherung in Bezug auf weitere Schulterluxationen und eine leichte psychische Auslenkung mit erhöhter Affekt- und Stimmungs labilität sowie Besorgtheit infolge psychosozialer Belastung, die als „psycholo gische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krank heiten“ (ICD-10 F54) zu codieren sei (vorstehen d E. 3.3) . Diesbezüglich lag demnach bei der erneuten Anmeldung im März 2013 im Vergleich zum Zeit punkt der befristeten Rentenzusprache im September 2011 ein unveränderter Gesundheitszustand vor. 5.6

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit ging die Beschwerdegegnerin bei der Zusprache der befristeten Rente im September 2011 davon aus, dass dem Beschwerdefüh rer ab Austritt aus der Z.\_\_\_\_ im Februar 2011 eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei, sofern es sich um leichte Tätigkeiten ohne Tätigkeiten mit dem rechten Arm über Brusthöhe handle und keine Lasten über 15 kg hantiert werden müssten (vorstehend E. 3.4).

Dr. A.\_\_\_\_ äusserte sich in ihrem orthopädischen Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom Mai 2013 dahingehend, dass der Beschwerdeführer gegenwärtig noch nicht arbeitsfähig sei. Da er noch im Reha-Prozess sei, könne ein Zumutbarkeitsprofil noch nicht definitiv erstellt werden (vorstehend E. 4.10). Das Y.\_\_\_\_ -Gutachten enthält somit keine verwertbaren Angaben bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Die Ärzte der D.\_\_\_\_ attestierten dem Beschwerde führer in ihrem Austrittsbericht vom Oktober 2013 sodann eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Diese begründeten sie jedoch nicht näher. Zwei Wochen später führten die Ärzte der D.\_\_\_\_ aus, sie seien über das genaue Tätig keitsprofil der bisherigen Tätigkeit nicht informiert, eine Servicetätigkeit sei jedoch sicherlich nicht mehr möglich (vorstehend E. 4.12). Die Ärzte der D.\_\_\_\_ machten somit ebenfalls keine verwertbaren Angaben bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

Im November 2013 attestierte Dr. E.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer aufgrund der Schuldersituation eine 60%ige Arbeitsfähigkeit für seine bisherige Tätigkeit als DJ. Zudem führte er aus, dass der Beschwerdeführer vor allem ein psychiat risches und soziales Problem habe, welches das Schulterproblem eindeutig überlagere (vorstehend E. 4.13). Dr. E.\_\_\_\_ begründete nicht näher, weshalb nur eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bestehe n sollte , stellte er doch fest, dass die Schulter perfekt stabil sei und die beschriebenen subjektiven Instabilitäten bei sämtlichen Tests nicht nachvollzogen werden könnten. Auf diese Beurteilung kann demnach ebenfalls nicht abgestellt werden.

Dr. C.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer in seinen Berichten jeweils eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vorstehend E. 4.5, 4.7, 4.8, 4.15, 4.16). Er begrün dete diese Arbeitsunfähigkeit jedoch nicht näher und legte auch nicht dar, warum sich die Arbeitsfähigkeit nach der ersten Schraubenentfernung im August 2012 trotz eines verbesserten Gesundheitszustandes und Fortschritten des Beschwerdeführers nicht verbessert haben sollte . In Bezug auf die Berichte von Dr. C.\_\_\_\_ ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Arztpersonen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Auf seine Einschätzung bezüglich der Arbeitsfähigkeit kann demnach nicht abgestellt werden.

Folglich kann davon ausgegangen werden, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der befristeten Rentenzusprache im September 2011 ebenfalls nicht verändert hat und weiterhin von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer dem Belastungsprofil entsprechenden, angepassten Tätigkeit auszugehen ist. 5.7

Es kann festgehalten werden, dass der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bei der erneuten Anmeldung im März 2013 im Vergleich zum Zeitpunkt der befristeten Rentenzusprache im September 2011 objektiv in etwa gleich geblieben ist und keine wesentliche Verschlechterung ausgewiesen ist.

Damit fehlt ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG, womit es bei der Feststellung gemäss der Verfügung von 2011 bleibt, dass (seit Mai 2009) kein Rentenanspruch besteht. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Ausfeld - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Peter-Schwarzenberger

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

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