

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01055 vom 15. Februar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01055

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01055 du 15 février 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01055 del 15 febbraio 2018

Erwägungen

E. 1.1

Das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) regelt unter anderem die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (vgl. Art. 8 des FZA). Es gilt grundsätzlich für alle Rentenan sprüche, die nach dem Beginn der Anwendung des Abkommens verfügt wer den, unabhängig vom Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungs-falls. Massgebend ist somit ausschliesslich der Verfügungszeitpunkt. Leistungsan sprüche, über die nach dem Inkrafttreten der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Euro päischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (VO 883/04 am 1. April 2012 verfügt wird, werden auf der Grundlage der neuen VO 883/04) festgestellt (vgl. das Kreis schreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen über das Verfahren zur Leistungsfestsetz ung in der AHV/IV/EL; KSBIL, Rz 1009 f.).

Bei Invalidenrenten gelten sowohl für den Anspruchsbeginn als auch für die Ermittlung des Invaliditätsgrades ausschliesslich die schweizerischen Rechts vorschriften (vgl. Rz 3002 KSBIL).

E. 1.2

Am 1. Januar 2008 und am 1. Januar 2012 sind die im Zuge der Revisionen 5 und 6a geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenver sicherung (IVG), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten.

In materiell-rechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrecht liche 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 Sach verhalt verwirklic ht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1 und 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 13. September 2016 – und somit nach Inkrafttreten der erwähnten IV-Revision en ergangen , wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 und der revidierten Bestim mun gen der IV-Revision 6a am 1. Januar 2012 begonnen hat (vgl. die An meldung vom 28. November 2007, Urk. 8/4). Daher und auf grund dessen, dass der Rechts streit eine Dauerleistung betrifft, über wel che noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporal rechtlichen Re geln für die Zeit bis

31. Dezember 2007 auf die da mals gel tenden Bestim mungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Re vi sion respektive ab dem 1. Januar 2012 der IV-Revision 6a abzu stellen (vgl. zur 4. IV-Revision BGE 130 V 445 ff. und das Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1 sowie zur 5. IV-Revision das Urteil des Bundesgerichts 8C_829/2008 vom 23. De zember 2008 E. 2.1). Dies fällt materiell-rechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision und die IV-Revision 6a hinsichtlich der Inva liditäts be messung keine substanziellen Än derungen gegenüber der bis 31. De zember 2007 gültig gewe senen Rechtslage gebracht haben, so dass die zur alt recht lichen Re gelung ergan gene Recht sprechung weiter hin massgebend ist (vgl. zur 5. IV-Re vision das Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2).

Im Fol genden werden die mass geblichen Gesetzes bestimmungen - soweit nichts an deres vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung zitiert.

E. 1.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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 Erwerbsmög lichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beur teilung des Vorliegens einer Erwerbsun fähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträch tigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfä hig keit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier telsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertels rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.5

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete Invalidenrente um fasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhe bung 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 IVV fest zusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Ren tenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und da mit der für die Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung 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 Hinwei sen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der ver sicherten 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 un be stritten geblie benen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E.

2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren 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).

E. 1.6

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

E. 2

Zur Begründung der angefochtenen Verfügung wurde im Wesentlichen vorgebracht, dem Beschwerdeführer sei die angestammte Tätigkeit seit dem 31. Oktober 2006 nicht mehr zumutbar. Seit Oktober 2013 sei sein Gesundheitszustand derart verbessert, dass er für eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Dementsprechend seien Einkommensvergleiche durchzuführen, welche zuerst einen Invaliditätsgrad von 100 % und nach der gesundheitlichen Verbesserung einen Invaliditätsgrad von 8 % ergäben. Da die Verbesserung zu berücksichtigen sei, wenn sie drei Monate andauere, sei die Invalidenrente per 1. Januar 2014 aufzuheben, d.h. lediglich bis Ende Dezember 2013 zuzusprechen (vgl. Urk. 2/2).

Demgegenüber liess der Beschwerdeführer den Standpunkt vertreten, er könne aufgrund seiner Schulterverletzung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt dauerhaft keine Leistung mehr erbringen. Es sei ihm deshalb auch ab dem 1. Januar 2014 weiterhin eine Invalidenrente auszurichten (Urk. 1).

E. 3

Die medizinische Aktenlage bis zum 13. Januar 2016 wurde im neurologisch-orthopädischen Gutachten der E.____ vom selben Datum eingehend und sorgfältig dargestellt (Urk. 8/162/2-56), weshalb vorab auf die betreffenden Ausführungen zu verweisen ist. Es ist insbesondere unbestritten und belegt, dass der Beschwerdeführer seit dem 6. November 2006 ohne einen wesentlichen Unterbruch (vgl. Art. 29 ter IVV) in seiner angestammten Tätigkeit als Maler und Lackierer zu 100 % arbeitsunfähig ist (vgl. insbesondere Urk. 8/3, 8/8/39, 8/8/45-47, 8/10/2, 8/10/7-8, 8/11/2, 8/23/19, 8/23/55, 8/30/5, 8/54/39, 8/64/8-9, 8/73/2, 8/131/11 und 8/162/78). Ebenso wurde zu Recht von keiner Seite in Frage gestellt, dass er spätestens seit dem 16. Dezember 2008 wegen der am 31. Oktober

2006 und am 24. Juni 2008 erlittenen Unfälle keine Beschwerden mehr hat, die seine Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen (Urk. 8/23/41-42; vgl. auch Urk. 3 S. 1, 8/23/18 und 8/23/52).

Zwischen den Parteien wurde einzig kontrovers diskutiert, wie sich der Gesundheitszustand betreffend die am 2. August 2008 verletzte Schulter entwickelte, namentlich ob er sich im weiteren Verlauf derart verbesserte, dass dem Beschwerdeführer spätestens seit dem 1. Oktober 2013 eine behinderungsangepasste Arbeitstätigkeit zu 100 % zumutbar ist (vgl. Urk. 1 und 2). Dies wird im Folgenden zu untersuchen sein.

E. 4.1

Nach der zu Beginn konservativen Behandlung wurden am 31. Mai 2010 im Krankenhaus OrthoMainfranken eine Schulterarthroskopie mit subacromialer Dekompression, eine arthroskopische Tenotomie der langen Bicepssehne, eine offene Bicepssehnen-Tenodese plus Intervall-Rekonstruktion und eine AC-Gelenksresektion durchgeführt (Urk. 8/30/15 und 8/30/17). Am 16. August 2011 erfolgten eine Re-Arthroskopie mit subacromialer Dekompression und eine offene Revision der lateralen Clavicula mit Exostosenabtragung (Urk. 8/45/3-4). Aufgrund einer Re-Impingement-Symptomatik wurde am 16. November 2011 eine offene subacromiale Re-Dekompression vorgenommen (Urk. 8/52/33).

Dr. C.____ stellte im Januar 2012 die Diagnose eines posttraumatischen Thoracic outlet-Syndroms (Urk. 8/52/28) und nahm am 19. April 2012 im Universitätsklinikum Giessen und Marburg eine Re-Osteotomie mit Reposition und Osteosynthese der rechten Clavicula sowie eine Neurolyse und Dekompression des Plexus brachialis mit mikrochirurgischer Technik vor (Urk. 8/54/125-127). Am 30. Oktober 2012 führte Dr. C.____ eine Korrektur-Osteotomie an der rechten Scapula durch (Urk. 8/63/40-41). Nach diesem Eingriff hielt sich der Versicherte vom 31. Januar bis zum 7. März 2013 zur Rehabilitation in der H.____ auf (Urk. 8/63/7-13). Bei seiner Entlassung wurde er als arbeitsunfähig beurteilt und es wurde ein Leistungsprofil formuliert, dessen Entwicklung vom weiteren Verlauf abhängig sei (Urk. 8/63/12).

E. 4.2

Aufgrund einer Zuweisung durch die Suva (vgl. Urk. 8/73/5) hielt sich der Versicherte vom 19. September bis zum 3. Oktober 2013 zur stationären Rehabilitation und zur weiteren Abklärung in der I.____ auf (Urk. 8/73). Im betreffenden Austrittsbericht wurde – in Kenntnis der medizinischen Vorgeschichte (vgl. Urk. 8/73/1 und 8/73/6-7), nach sorgfältiger Anamnese- und Befunderhebung sowie der Durchführung eines Assessments (Urk. 8/73/7-10) – festgehalten, es bestehe eine deutlich eingeschränkte Schulterbeweglichkeit (Flexion 35° aktiv bis 70° passiv, Abduktion schmerzbedingt bis maximal etwa 35° möglich; Urk. 8/73/3) und der Versicherte klage über belastungsverstärkte Schmerzen in der Schulter, im Schulterblatt und im Schlüsselbeinbereich, zudem über positionsabhängige schmerzbedingte Schlafstörungen. Während des Aufenthalts habe keine namhafte Verbesserung der Beschwerden erzielt werden können. Die Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm wiesen auf eine erhebliche Symptomausweitung hin. Die Beschreibung der Schmerzen sei undifferenziert und das Schmerzverhalten nicht adäquat. Das Leistungsverhalten beurteile man als schlecht. Die Konsistenz sei schlecht; es fänden sich mehrere Diskrepanzen und Widersprüchlichkeiten. Es sei davon auszugehen, dass mit einem guten Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte als sie bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm gezeigt

worden sei. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nicht verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden in der klinischen Untersuchung und in der bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur teilweise erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich auch auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen (Urk. 8/73/1-2 und 8/73/4).

Die angestammte Tätigkeit sei nicht zumutbar; die Anforderungen seien zu hoch, da auch mit schweren Lasten hantiert werden müsse (Urk. 8/73/2).

Eine leichte Tätigkeit, ohne Tätigkeiten über Brusthöhe und ohne Hantieren von Gewichten über 7,5 kg, sei zumutbar (Urk. 8/73/2).

Ferner wurde aus psychiatrischer Sicht vermerkt, die festgestellte psychische Störung begründe keine arbeitsrelevante Leistungsminderung (Urk. 8/73/2). Das neurologische Konsil am 26. September 2013 bei Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Neurologie, habe einen Verdacht auf einen Ausriss der Nervenwurzel C8 rechts ergeben, der mit einem MRI abgeklärt werden sollte. Ein solches habe nicht mehr durchgeführt werden können, da der Versicherte aus der Klinik ausgetreten sei. Mit der gleichen Untersuchung liesse sich auch die Region um den Claviculakallus darstellen, um dort eine Affektion des Nerven zu beweisen oder auszuschliessen (Urk. 8/73/2 und 8/73/3).

E. 4.3

Der behandelnde Neurochirurg Dr. C.____ verfasste am 1. Dezember 2014 ein neurochirurgisches Gutachten (Urk. 8/131), dem zufolge er den Versicherten am 26. November 2014 untersucht hatte (Urk. 8/131/3). Demnach seien eine aktive Abduktion und Aussenrotation des rechten Schultergelenkes lediglich bis 20° bzw. bis 30° möglich. Dies einerseits schmerzbedingt, andererseits auch aufgrund der Parese des Musculus deltoideus und der anderen Schultergürtelmuskulatur. Ferner hindere die 0/5 Parese des Musculus serratus anterior die Schulterabduktion. Eine passive Abduktion und Aussenrotation des rechten Schultergelenkes seien bis etwa 40° (beide Bewegungen), jedoch maximal bis 60° (Abduktion) möglich, da sie erhebliche Schmerzen verursachten. Andererseits bestehe eine Steifigkeit des Schultergelenkes durch die langbestehende Lähmung und die dadurch resultierende Gelenkveränderung. Somit sei eine Hemmung beim passiven Bewegungsversuch vorhanden (Urk. 8/131/5).

Zur Sensibilität bemerkte Dr. C.____, infraclaviculär und im lateralen Aspekt des rechten Oberarmes bestehe eine komplette Taubheit. Überdies werde ein Taubheitsgefühl im C8-Dermatom rechts beschrieben, zudem eine lageabhängige Parästhesie und Dysästhesie im lateralen Aspekt des Unterarmes und des Ellenbogens (Urk. 8/131/7).

Dr. C.____ gelangte zum Schluss, der Versicherte habe sich beim Motorradunfall vom 2. August 2008 eine komplexe Prellverletzung der rechten Schulterregion (inklusive einer Nervenbeteiligung) zugezogen. Als Langzeitfolgen beständen eine vollständige hochgradige Lähmung des Musculus serratus anterior mit Scapula alata, eine partielle Lähmung des Musculus deltoideus mit Einschränkung der Schulterbeweglichkeit und ein posttraumatisches Thoracic Outlet-Syndrom (Urk. 8/131/9). Ferner seien ein objektivierbarer kompletter Sensibilitätsverlust in den bezeichneten Regionen (vgl. Urk. 8/131/7) und

eine Schwäche der Muscles lumbricales dorsales et palma ris sowie des Musculus abductor digiti minimi festzustellen, was eine wesentliche Rolle spiele für den objektiven Verlust der Hand-Dexterität (Urk. 8/131/10).

Aufgrund der langbestehenden Lähmungserscheinungen und chronischen Störungen im Schultergelenk werde der Versicherte aller Wahrscheinlichkeit nach nicht in der Lage sein, seine angestammte Tätigkeit als Maler und Lackierer wiederaufzunehmen, ebenso wenig werde er mit der rechten Hand Gegenstände über eine Abweichung von 40° vom Körper halten können. Eine nochmalige Rehabilitationstherapie zur Schmerzüberwindung und eine gleichzeitige Umschulung in eine kaufmännische oder beratende Tätigkeit in seinem Fachgebiet seien prinzipiell denkbar. Er habe diese Möglichkeit angesprochen, worauf der Versicherte erklärt habe, ein im Jahr 2009 gestarteter Versuch sei erfolglos gescheitert (Urk. 8/131/11).

Mit anderen Worten schien selbst Dr. C.____ davon auszugehen, eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei (zumindest in einem gewissen Umfang) möglich. Er legte insbesondere auch nicht ansatzweise dar, weshalb die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der I.____ in Zweifel gezogen werden müsste (Urk. 8/131). Sein Gutachten ist folglich nicht geeignet, sie in Frage zu stellen, ungeachtet der Erfahrungstatsache, dass auch spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_80/2017 vom 20. April 2017 E. 3.2 mit Hinweisen). Es kommt hinzu, dass – wie zu zeigen sein wird (vgl. Ziffer 4.5 hiernach) – auch inhaltliche Bedenken bezüglich der Beurteilung Dr. C.____ bestehen.

E. 4.4

In der ärztlichen Bescheinigung der Dres. med. K.____ und D.____, Fachärzte für Allgemeinmedizin, vom 19. Januar 2015 (Urk. 8/136) wurde mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit einzig festgehalten, der Gebrauch des rechten Armes sei deutlich eingeschränkt und die Aufnahme einer überwiegend körperlichen Tätigkeit sei aufgrund dieser Einschränkung nicht möglich (Urk. 8/136). Damit lässt sich die hier strittige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit nicht beurteilen.

E. 4.5

Das neurologisch-orthopädische Gutachten der E.____ vom 13. Januar 2016 basiert auf den von der Suva zur Verfügung gestellten, den eingeforderten und den vom Versicherten mitgebrachten Unterlagen (vgl. Urk. 8/162/1-56). Es beruht insbesondere auf den durchgeführten Untersuchungen des Versicherten, vor denen jeweils auch eine sorgfältige Beschwerden- und Anamneseerhebung erfolgte. Namentlich fand am 2. Oktober 2015 eine neurologische und elektrophysiologische Untersuchung durch Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Neurologie, zert. in EMNG/Elektrophysiologie, statt (Urk. 8/162/2, 8/162/56-61, 8/162/62-64 und 8/162/66-68). Diese ergab klinisch-neurologisch keine Hinweise für eine Neuropathie oder Plexopathie am rechten Arm und keine sicheren Hinweise für eine Radikulopathie, insbesondere nicht C8 (Urk. 8/162/71). Bei der elektrophysiologischen Abklärung wurden keine relevanten Pathologien festgestellt, insbesondere konnten keine motorische Radikulopathie C8 und keine Schädigung des Nervus ulnaris oder des Plexus brachialis rechts nachgewiesen werden (Urk. 8/162/71). Am 23. Oktober 2015 hatte Dr. M.____, Facharzt FMH für Orthopädie und Chirurgie, den Versicherten untersucht (Urk. 8/162/2, 8/162/61 und 8/162/64-65). Gleichentags war auf Veranlassung der

Gutachter auch eine Röntgenuntersuchung und eine dynamische Ultraschalluntersuchung der rechten Schulter durchgeführt worden (Urk. 8/162/2, 8/162/64-65 und 8/162/69).

Das Gutachten berücksichtigt die vom Versicherten geklagten Beschwerden angemessen und beantwortet die gestellten Fragen, darunter auch die Zusatzfragen des damaligen Rechtsvertreters des Versicherten (Urk. 8/162/79-80; vgl. auch Urk. 8/165/5), umfassend. Es setzt sich mit den neurologischen Vorbeurteilungen durch Dr. med. N.____, Fachärztin für Neurologie, vom 22. März 2011, gemäss welchen mit einer elektrophysiologischen Untersuchung eine Nervenkompression oder -schädigung (insbesondere des Plexus brachialis) ausgeschlossen worden war (Urk. 8/49/37), und von Dr. J.____, der am 26. September 2013 den Verdacht auf einen Ausriss der Nervenwurzel C8 geäussert hatte (Urk. 8/73/3), auseinander (Urk. 8/162/72-73). Ebenso nimmt es zu den weitgehend anderslautenden Beurteilungen durch Dr. C.____ aus fährlich Stellung (Urk. 8/162/73-74 und 8/162/75-76). Diesbezüglich wurde nachvollziehbar dargelegt, dass der von Dr. C.____ erhobene Reflexbefund nicht zur von ihm postulierten Plexusaffektion passe. Darüber hinaus wurde auch zutreffend erkannt, dass nicht nur der neurologische Gutachter Dr. L.____, sondern auch die Neurologin Dr. N.____ und der Neurologe Dr. J.____ keine Scapula alata erhoben hätten, ebenso wenig neurologische Ausfälle am rechten Arm, die zum Beispiel zu einer Schädigung des Plexus brachialis passten, womit Dr. C.____ mit seinen Befunden alleine dastehe (Urk. 8/162/75-76).

Es wurde im Gutachten deshalb nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, klinisch-neurologisch hätten sich keine objektiven bzw. von der Kooperation des Versicherten unabhängigen pathologischen Befunde, insbesondere keine Scapula alata und keine relevanten Atrophien oder in diesem Kontext zwingend zu erwartende Reflexauffälligkeiten (Abschwächung oder Ausfall) am rechten Arm ergeben. Hingegen habe man ein ausgedehntes Schmerzsyndrom am rechten Arm und an der rechten Schulter mit deutlicher Störung der Fingermotorik (mit formal deutlichem Spreiz- und Extensionsdefizit bzw. -parese), eine verminderte Sensibilität formal im vom Nervus ulnaris-versorgten Bereich rechts (DD C8) und eine nicht nerval gewichtete Hyposensibilität im Bereich des gesamten rechten oberen Quadranten mit Einbezug des Oberarmes erhoben. Man habe deshalb ausgiebige elektrophysiologische Untersuchungen durchgeführt, wobei sich keine Pathologien ergeben hätten (Urk. 8/162/74).

Nach den multiplen Eingriffen an der rechten Schulter bestünden beträchtliche Funktionseinschränkungen der rechten oberen Extremität. Rein gestützt auf die radiologische Bildgebung und den Sonographiebefund lasse sich das Ausmass der vom Versicherten geschilderten Beschwerden aus schulterorthopädischer Sicht indessen nicht vollumfänglich erklären (Urk. 8/162/76-77).

Zusammenfassend könnten die hochgradige Funktionseinschränkung der rechten oberen Extremität und die Schmerzsymptomatik aus neurologischer und orthopädischer Sicht nicht abschliessend und nicht im geklagten Ausmass erklärt werden. Es sei sicher, dass eine nicht unerhebliche Diskrepanz zwischen Schaden und demonstrierter Dysfunktion bestehe (Urk. 8/162/77).

Die angestammte Tätigkeit als Maler und Lackierer sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Leichte Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten, ohne Tätigkeiten mit häufigem Rotieren im Schultergelenk, im Besonderen ohne repetitive Tätigkeiten mit dem rechten Arm und ohne Vibrationsexposition, könnten ausgeführt werden. Eine leidensangepasste

Tätigkeit, zum Beispiel eine Bürotätigkeit, sei ganztags und ohne Einschränkung des Rendements zumutbar (Urk. 8/162/78 und 8/162/79-80).

Diese Beurteilung überzeugt und steht im Einklang mit derjenigen der I.____. Da das Gutachten der E.____ sämtliche von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a) erfüllt, ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf abgestellt hat.

E. 4.6

Das im Beschwerdeverfahren neu eingereichte Gutachten von Dr. F.____ vom 12. Juli 2016 (Urk. 3), enthält keine neuen Befunde, weswegen es dem Beschwerdeführer unzumutbar sein könnte, eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % auszuüben. Bei der Einschätzung, wegen der Gebrauchs unfähigkeit der rechten Schulter und des rechten Armes liege auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch eine Leistungsfähigkeit von unter drei Stunden vor (Urk. 3 S. 5), handelt es sich lediglich um eine anderslautende Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhaltes. Sie vermag nicht zu überzeugen, zumal sie auch nicht nachvollziehbar und schlüssig begründet wurde (vgl. auch Urk. 7). Dennoch ist zu bemerken, dass Dr. F.____ sogar das vereinzelt Heben von Gewichten von 10 kg als zumutbar erachtete (Urk. 3 S. 5), womit das von ihm formulierte Belastbarkeitsprofil in diesem Punkt weiter ausfällt als dasjenige der I.____ und der Gutachter der E.____. Da der Beschwerdeführer aus dem Gutachten von Dr. F.____ vom 12. Juli 2016 nichts zu seinen Gunsten abzuleiten vermag, erübrigt es sich, wie von ihm beantragt, die demselben zu Grunde liegenden Vorakten beizuziehen (vgl. Urk. 1 S. 2 f.). Letzteres muss umso mehr gelten, als auch nicht behauptet wurde, den betreffenden Unterlagen liessen sich bisher unbekanntes wesentliche Tatsachen entnehmen. Etwas Derartiges ist auch sonst nicht ersichtlich.

E. 4.7

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Bericht der I.____ vom 14. Oktober 2013 und das neurologisch-orthopädische Gutachten der E.____ vom 13. Januar 2016 davon ausgehen durfte, dem Beschwerdeführer sei seit Oktober 2013 eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit dem formulierten Belastbarkeitsprofil zu 100 % zumutbar. Zu Recht wurde von Seiten des Beschwerdeführers nie in Abrede gestellt, dass er mit einer entsprechenden Tätigkeit ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen kann. Der Einkommensvergleich, wie ihn die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vorgenommen hat (Urk. 2/2), ist nicht zu beanstanden. Unter diesen Umständen erweist es sich auch als korrekt, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer lediglich bis Ende Dezember 2013 eine Invalidenrente zugesprochen hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 5

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- 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. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

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