

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00327 vom 3. Oktober 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00327

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00327 du 3 octobre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00327 del 3 ottobre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1980, meldete sich am 30. September 2011 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an unter Hinweis auf eine bei einem Unfall am 4. Mai 2010 erlittene Schulterverletzung (Urk. 7/6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, führte am 13. Oktober 2011 ein Ressourcengespräch durch (Urk. 7/11), zog mehrmals die jeweils aktualisierten Akten der Suva bei und holte Arztberichte (Urk. 7/14 und Urk. 7/16) und eine Arbeitgeberauskunft (Urk. 7/15) ein. Vom 28. Dezember 2011 bis 25. Januar 2012 fand in der Rehaklinik Y.____ eine ambulante berufliche Abklärung statt (Urk. 7/23). Die IV-Stelle bewilligte mit Mitteilung vom 10. April 2012 eine Frühinterventionsmassnahme in Form eines Ausbildungskurses (Urk. 7/27), die am 3. Juli 2012 wieder abgebrochen wurde, da der Versicherte nur dreimal am Kurs teilgenommen hatte (Urk. 7/31).

Mit Verfügung vom 27. November 2013 gewährte die Suva X.____ mit Wirkung ab 1. Dezember 2013 eine Invalidenrente aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 18 % und eine Integritätsentschädigung für eine 13%ige Integritäts einbusse (Urk. 7/48), was sie mit Einspracheentscheid vom 23. Juli 2014 bestätigte (Urk. 7/60).

Die IV-Stelle erteilte nach Einholung weiterer Arztberichte (Urk. 7/58 und Urk. 7/59) Kostengutsprache für ein Arbeitstraining vom 12. Januar 2015 bis 9. Oktober 2015 im Heilsarmee Brockenhaus in Z.____ (vgl. Mitteilung vom 29. Januar 2015, Urk. 7/74, und Mitteilung vom 2. Juli 2015 betreffend Verlängerung, Urk. 7/92). Mit Mitteilung vom 25. März 2015 wurde zudem eine Kostengutsprache für einen Grundkurs Staplerprüfung erteilt (Urk. 7/85). Das Arbeitstraining wurde in der Folge per 18. September 2015 vorzeitig abgebrochen, da sich X.____ nicht in der Lage sah, die Mindestanforderungen an die Präsenzzeit gemäss Zielvereinbarung zu erfüllen (vgl. die Mitteilung vom 21. September 2015, Urk. 7/102; vgl. auch den Bericht des Schweizerischen Arbeiterhilfswerks A.____ vom 10. Oktober 2015 betreffend Arbeitstraining und Akquisitionphase, Urk. 7/111).

Die IV-Stelle holte im weiteren Verlauf einen Arztbericht (Urk. 7/116) und Stellungnahmen bei ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Urk. 7/120 S. 8 f.) ein. Hernach erfolgte eine Ressourcenprüfung anhand der Akten durch die „Fachexpertin“ der IV-Stelle (Urk. 7/102 S. 8 f.). Mit Vorbescheid vom 30. Mai 2016 stellte die IV-Stelle X.____ den Anspruch auf eine vom 1. April 2012 bis Februar 2014 befristete ganze Rente in Aussicht (Urk. 7/122). Der Versicherte liess dagegen am 23. Juni (Urk. 7/124) und 30. August 2016 Einwand (Urk. 7/131) erheben und einen Arztbericht des B.____ vom 24. August 2016 (Urk. 7/130) beilegen, worauf wiederum eine Stellungnahme der

„Fachexpertin“ Ressourcenprüfung der IV-Stelle erging (Urk. 7/134 S. 2 f.). Mit Email vom 30. November 2016 wandte sich der Anwalt des Versicherten erneut an die IV-Stelle (Urk. 7/137). Am 28. November 2016 stellte das B.____ einen weiteren Bericht aus (Urk. 7/139). Mit Verfügung vom 14. Februar 2017 hielt die IV-Stelle an ihrem Vorbescheid fest und sprach dem Versicherten eine ganze vom 1. April 2012 bis Ende Februar 2014 befristete Rente zu (Urk. 2).

E. 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). Sie 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).

E. 1.2

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabebereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarer Weise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

E. 1.3

In Bezug auf mögliche psychische Komorbiditäten verliert eine depressive Problematik nicht bereits wegen einer medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden ihre Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (BGE 141

V 281 E. 4.3.1.3). Bei Störungen im mittelgradigen Bereich ist indes die invalidisierende Wirkung - weiterhin - besonders sorgfältig zu prüfen. Es darf nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine vor aussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken und wäre damit eine relevante Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 mit Hinweis und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2). Auch nach der Praxisänderung vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) gelten psychische Störungen der hier interessierenden Art nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind, was namentlich bei noch nicht lange chronifizierten Krankheitsgeschehen voraussetzt, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz besteht (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1). An der bundesgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1, 9C_474/2013 vom 20.

Februar 2014 E. 5.4, 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013 E.

4.3.2.1, 9C_250/201

E. 1.4

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

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

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls 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 arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genügetan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Ist eine mittelgradige depressive Episode eine „blosse“ Begleiterscheinung (zum Beispiel Urteil des Bundesgerichts 8C_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 3.4; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depression, in: SZS 2015 308 ff., 312) zu einer somatoformen Schmerzstörung oder einem vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 137 V 64 E.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung ihrer Verfügung vom 14. Februar 2017 (Urk. 2) aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 4. Mai 2010 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Da er sich erst am 5. Oktober 2011 zum Leistungsbezug angemeldet habe, würden die Leistungen ab dem 1. April 2012 ausgerichtet. Zu diesem Zeitpunkt habe der Beschwerdeführer aufgrund der Unfallfolgen keiner Erwerbstätigkeit nachgehen können, weshalb ein Invaliditätsgrad von 100 % vorliege (Urk. 2 S. 3 f.). Spätestens seit Fallabschluss durch den Unfallversicherer im November 2013 sei dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht eine angepasste Erwerbstätigkeit wieder zumutbar. In einer körperlich leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten und ohne schlagende, stossende und vibrierende Kraftimpulse bestehe seither eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdegegnerin errechnete mit Wirkung ab 1. März 2014 (drei Monate nach Eintritt der Verbesserung im November 2013) einen unter der rentenbegründenden Schwelle von 40 % liegenden Invaliditätsgrad von 12 %. Sie gab an, die psychischen Beschwerden seien gut behandelbar und hätten keine langdauernden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Zudem würden die

Therapie möglichkeiten nicht ausgeschöpft (S. 4).

Mit Beschwerdeantwort vom 26. April 2017 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 6)

E. 2.2

Der Beschwerdeführer liess dagegen in seiner Beschwerde vom 17. März 2017 (Urk. 1) im Wesentlichen einwenden, die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, das Dossier mit diversen fachpsychiatrischen Berichten durch einen Fachpsychiater des RAD beurteilen zu lassen (Ziff. 20). Es seien sodann weder eine Ressourcenprüfung durchgeführt noch eigene Abklärungen in psychiatrischer Hinsicht veranlasst worden (Ziff. 22). Im Ergebnis habe die Beschwerdegegnerin praktisch nur auf die Zumutbarkeitsbeurteilung des Suva-Kreisarztes vom 19. September 2012 abgestellt und damit die im unfallversicherungsrechtlichen Kontext ausser Acht gelassenen psychischen Beschwerden beziehungsweise die somatoforme Schmerzstörung nicht in die Leistungsbeurteilung einfließen lassen. Die Beschwerdegegnerin habe jedoch sämtliche invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigungen, sowohl jene mit unfall- als auch jene mit krankheitsbedingter Ursache, in ihre Leistungsprüfung einzubeziehen (Ziff. 23). Gestützt auf die fachpsychiatrischen Berichte des B.____ sei auch über den Februar 2014 hinaus ein invalidisierender Gesundheitsschaden und damit ein weiterer Anspruch auf eine ganze Rente ausgewiesen (Ziff. 24). Eventuell sei die Sache zur interdisziplinären medizinischen Begutachtung und Neubeurteilung der Leistungsansprüche an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Ziff. 25). 3. 3.1

Im Bericht vom 21. September 2011 (Urk. 7/55/299-300) an Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Medizin, gaben Dr. med. D.____, Chefarzt, und Dr. med. E.____, Oberärztin, tätig in der orthopädischen Klinik des F.____, an, es bestünden nach dem Eingriff vom 1. Februar 2011 (offene Schulterstabilisation rechts mit Bankart-Repair und Kapselshift) nach wie vor deutliche Restbeschwerden. Dies sei am ehesten im Sinne eines diffusen Kapselreizes zu interpretieren, jedoch ohne Hinweise auf eine adhäsive Komponente – soweit im Rahmen der postoperativen Bewegungseinschränkungen beurteilbar – und aktuell mit fraglicher Überlagerung durch eine Tendinitis der langen Bizepssehne. Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 3.2

Am 14. November 2011 berichtete Dr. med. G.____, FMH Allgemeinmedizin, der IV-Stelle (Urk. 7/16/5-11). Er gab an, er habe den Beschwerdeführer, der seit dem 5.

Mai 2010 bei ihm in Behandlung sei, am 30. März 2011 das letzte Mal gesehen. Dieser werde nun durch Dr. med. C.____ betreut. Dr. G.____ nannte die Diagnose eines Status nach offener Schulterstabilisation rechts mit Bankart-Repair und Kapselshift am 1. Februar 2011 bei traumatischer vorderer Schulterinstabilität rechts bei Status nach knorpeliger Bankartläsion mit Impression des anterioren Glenoidrandes bei initial traumatischer Schulterluxation vom 4.

Mai 2010. Er gab an, letztmals bis am 30. März 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt zu haben. Körperliche Einschränkungen bestünden durch den Unfall wahrscheinlich im Bereich der rechten Schulter. Aus seiner Sicht bestünden keine geistigen oder psychischen Einschränkungen. 3.3 3.3.1

Im Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 16. November 2011 (Urk. 7/55/284-288) gab Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie FMH, an, laut Schadenmeldung des Betriebs sei

beim Ausschalen ein Spriess weggerutscht, wonach die Träger von der Decke auf den Kopf und die Schulter des Beschwerdeführers gefallen seien. Die Erstbehandlung sei bei Dr. C.____ in Bassersdorf erfolgt. Dessen Bericht sei unter der Rubrik „Angaben des Patienten“ zu entnehmen, dass ein Repositionsmanöver des rechten Schultergelenks durch einen Arbeitskollegen bei wahrscheinlicher Luxation durchgeführt werden müsse. Das MRI vom 27. Mai 2010 habe einen Riss des Rotatorenmanschettenintervalls dokumentiert. Eine ossäre Läsion sei ausgeschlossen worden. Im weiteren Verlauf seien rezidivierende Schulterluxationen aufgetreten, so dass am 12. November 2010 eine fachärztliche Beurteilung am F.____ durchgeführt worden sei. Dort sei eine traumatische vordere Schulterinstabilität rechts bei knorpeliger Bankartläsion mit Impression des anterioren Glenoidrandes diagnostiziert worden. Am 1. Februar 2011 sei eine offene Schulterstabilisation rechts mit Bankartrepair und Kapselshift rechts durchgeführt worden. Im Operationsbericht seien intakte glenoidhumorale Knorpelverhältnisse beschrieben worden. Im Weiteren habe eine Ablösung des Labrums zwischen zirka zwei und vier Uhr vorgelegen. Eine Läsion am glenohumeralen Ligament habe sich nicht sicher abgrenzen lassen. Das Labrum sei mit zwei Mitek-Ankern bei drei und fünf Uhr fixiert worden (S. 3). Der letzte Bericht der Verlaufsbeurteilung in der Schultersprechstunde datiere vom 21. September 2011. In der Rubrik „Beurteilung und Procedere“ würden nach wie vor bestehende deutliche Restbeschwerden beschrieben, diese würden am ehesten einem diffusen Kapselreiz zugeordnet (S. 4).

Über neun Monate nach dem operativen Eingriff sei der Beschwerdeführer in Ruhe weitgehend beschwerdefrei. Dagegen seien offensichtlich jegliche Bewegungen mit Beschwerden verbunden. In der klinischen Untersuchung bestünden keine Hinweise für eine Instabilität. Ebenso bestünden keine Hinweise für eine Insuffizienz der Rotatorenmanschette. Sowohl die aktive Flexion als auch die aktive Abduktion seien auf 110° limitiert. Es bestehe immer noch eine erhebliche Funktionseinschränkung. Am 16. September 2011 hätten die ärztlichen Kollegen noch eine aktive Elevation von 150° gefunden. Bei positivem Bicepssehnen-Test könne eine Tendinitis der langen Bicepssehne nicht ausgeschlossen werden. Angaben über eine Pathologie am Anker der langen Bicepssehne seien dem Operationsbericht nicht zu entnehmen (S. 4).

Worauf die erhebliche Funktionseinschränkung bezüglich Abduktion und Elevation zurückzuführen sei, könne er nicht konklusiv beurteilen (S. 4).

Aufgrund der aktuellen klinischen Befunde sei dem Beschwerdeführer eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit den ganzen Tag zumutbar. Das Gewicht sei bis Taillenhöhe auf 15 Kilogramm und bis Brusthöhe auf 10 Kilogramm limitiert. Überkopfarbeiten, die den Einsatz beider oberen Extremitäten erforderten, seien nicht mehr zumutbar. Repetitiv weit ausreichende Tätigkeiten mit der rechten oberen Extremität seien zu vermeiden. Tätigkeiten, die mit Impulswirkung verbunden seien, wie Arbeiten mit stossenden oder vibrierenden Geräten, seien ungeeignet (S. 4). 3.3.2

Nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 19. September 2012 (Urk. 7/55/187-193) gab Dr. H.____ an, aus medizinischer Sicht sei von einem vorläufigen Endzustand auszugehen. Die therapeutischen Massnahmen seien ausgeschöpft. Bezüglich der Funktion sei im Vergleich zu den Befunden vom 16. November 2011 keine relevante Veränderung mehr eingetreten. Dr. H.____ nannte dasselbe Belastungsprofil wie im Vorbericht und empfahl der Administration, den Fall mit dem Hinweis auf das Rückfallmelderecht abzuschliessen (S. 6).

Dr. H.____ gab zudem an, er habe dem Versicherten empfohlen, auf die diskutierte Latarjet-Operation in der Universitätsklinik I.____ zu verzichten (S. 5 f.). Er zitierte in diesem Zusammenhang aus einem Überweisungsschreiben von Dr. D.____, tätig in der orthopädischen Klinik des F.____, in welcher der Versicherte regelmässig nachkontrolliert worden sei. Dr. D.____ habe im Überweisungsschreiben zuhanden von PD Dr. J.____, Universitätsklinik I.____, angegeben, dass ein klares Korrelat für die angegebenen Beschwerden aus ihrer Sicht nicht fassbar sei. Fraglich bestehe eine Restinstabilität bei jedoch fehlender Anamnese hinsichtlich erneuter Luxationen/Subluxationen. Im Hinblick auf den protrahierten Verlauf und den schwer fassbaren Patienten seien sie mit der Indikation bezüglich eines erneuten operativen Vorgehens sehr zu rückhaltend (S. 4).

Dr. H.____ erklärte weiter, die Prüfung der Stabilität sei bezüglich der diffusen Schmerzhaftigkeit und deutlichen Schreckhaftigkeit, die bereits im Bericht der orthopädischen Klinik des F.____ vom 8. März 2012 erwähnt würden, nicht konklusiv möglich (S. 5). 3. 3 .3

Am 5. November 2013 gab der Suva-Kreisarzt Dr. H.____ an, die Zumut - barkeitsbeurteilung im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 19.

September 2012 bleibe unverändert bestehen (Urk. 7/55/63). 3.4 3.4.1

Im Bericht vom 12. Juni 2013 (Urk. 7/55/80-82) an den damaligen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers nannten Dr. med. K.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie Dr. phil. L.____, klinischer Psychologe und Supervisor, tätig im B.____, die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einer Störung durch Tabak sowie Schulterschmerzen rechts. Sie gaben an, der Beschwerdeführer sei aufgrund des positiven und negativen Leistungsbildes, der Diagnosen, der neuropsychologisch bestätigten Depression sowie der Fremdanamnese auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. 3.4.2

Am 15. November 2013 (Urk. 7/55/40-46) berichteten die im B.____ tätigen Dr. med. M.____, Facharzt für Chirurgie FMH, Dr. med. O.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, Dr. med. P.____, Facharzt für Anästhesiologie FMH, Dr. med. Q.____, Facharzt für Physikalische Therapie/Rheumatologie FMH, Dr. med. R.____, Facharzt Kardiologie und Innere Medizin FMH, med. pract. S.____, Facharzt für Psychiatrie FMH, und Dr. phil. T.____ dem Hausarzt Dr. C.____. Sie nannten im Wesentlichen die bekannten Diagnosen und gaben an, aus schmerztherapeutischer und psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten. Aus gelenkchirurgischer Sicht könnten sicher keine schweren Arbeiten ausgeführt werden. 3.5 3.5.1

Dr. med. U.____, Facharzt für innere Medizin, bei welchem der Beschwerdeführer seit Mai 2010 in Behandlung war, nannte im Bericht vom 30. Juni 2014 (Urk. 7/58) die Diagnosen eines Status nach Schulterkontusion mit Riss des Rotatorenmanschettenintervalls sowie Zerrung der Supraspinatussehne, einer Dysthymie, einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) und einer somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Der Hausarzt bescheinigte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schaler-Bauarbeiter seit dem Unfall vom 4. Mai 2010 bis auf weiteres. Er gab an, der rechte Arm sei nicht belastbar als Schaler. Der Versicherte sei psychisch resigniert und antriebslos. Die Frage, in welchem Umfang und seit wann eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich sei, beantwortete er mit „noch nicht“. Bei der Frage nach den noch

zumutbaren behinderungsangepassten Tätigkeiten bejahte er grundsätzlich eine ganztägige Zumutbarkeit von rein sitzenden Tätigkeiten bei eingeschränktem Konzentrationsvermögen und eingeschränkter Belastbarkeit. Er erachtete ferner einen Arbeitsplatzwechsel und eine Umschulung als angezeigt. 3.5.2

Am 4. September 2014 bestätigte Dr. U.____ gegenüber dem damaligen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, dass unter Berücksichtigung einzig der organisch objektiv nachweisbaren Unfallfolgen die von der Suva beigezogenen DAP-Blätter-Arbeitsplatzprofile dem Beschwerdeführer ganztags zumutbar seien (Urk. 7/61). 3.6

Im Bericht des B.____ vom 10. Juli 2014 (Urk. 7/59) wurden die bereits in den Vorberichten angegebenen Diagnosen genannt (S. 6). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schaler attestierten Dr. K.____ sowie Dr. phil. L.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall und bis heute (S. 2). Gegen den sofortigen Beginn der Wiedereingliederung spreche, dass bereits im Jahr 2012 Eingliederungsmassnahmen gescheitert seien (S. 3). Das Konzentrationsvermögen, das Auffassungsvermögen, die Anpassungsfähigkeit sowie die Belastbarkeit seien infolge Depression eingeschränkt (S. 5). Zudem hielten der Psychiater und der Psychologe unter der Überschrift „1.7 Auswirkungen auf die Arbeitstätigkeit“ fest, ständige Schulterschmerzen würden den Beschwerdeführer darin hindern, eine längerfristige Arbeit zu machen. Zusätzlich führten die Depressionen zu einer deutlichen Verlangsamung (S. 7). 3.7

Im Verlaufsbericht von Dr. U.____ vom 3. November 2015 (Urk. 7/116) nannte dieser die Diagnosen Restbeschwerden mit Bezug auf die Schulterverletzungen sowie psychische Schmerzsomatisierung. Auf dem Bau sei der Beschwerdeführer im Umfang von zirka 50 % arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit ging Dr. U.____ von einem möglichen zeitlichen Umfang von 100 % aus. Zudem gab er eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von 50 % an. Die Arbeitsfähigkeit könne durch berufliche Anpassung verbessert werden. 3.8

Dr. K.____ und Dr. phil. L.____ nannten im Bericht vom 24. August 2016 (Urk. 7/130) die bekannten Diagnosen und gaben an, der Beschwerdeführer sei sehr motiviert, äusserlich gepflegt, altersentsprechend, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Er sei in der emotionellen Kontaktaufnahme zurückhaltend, gehemmt, sachlich und aktiv im Spontanverhalten. Die Stimmung sei deutlich depressiv-resigniert. Es bestehe eine deutliche Störung des Vitalgefühls (keine körperliche und seelische Frische, keine körperliche Ungestörtheit, keine Kraft). Der Beschwerdeführer sei kognitiv in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit (10 Minuten) und Gedächtnis verlangsamt beziehungsweise eingeschränkt. Es bestehe eine deutliche Vergesslichkeit, aber keine Auffassungsstörung. Zudem liege eine erhaltene Krankheitseinsicht vor. Es gebe keine circadiane Schwankung der Symptomatik. Die Schmerzen seien während 24 Stunden vorhanden.

Faktisch habe vom 4. Mai 2010 bis 31. Mai 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit dem 1. Juni 2016 liege eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit in leichter sitzender Tätigkeit bei aktuell 20%iger Arbeitstätigkeit im Bereich Aufzucht und -vorbereitung vor. In der Tätigkeit als Schaler bestehe seit dem Unfall bis zum Tag der Berichterstattung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 3.9

Im Kurzbericht zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 28. November 2016 betreffend eine Verfügung der Unia Arbeitslosenkasse vom 28. Oktober 2016

(Urk. 7/139) gaben Dr. med. K.____ und Dr. phil L.____ an, der Beschwerdeführer stehe seit dem 26. Januar 2013 kontinuierlich im B.____ in Behandlung mit bis dahin 39 Einzeltherapien. Es existierten verschiedene Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen vom 2. April 2013, 16. Juni 2013, 11. September 2014 und 28. April 2016. Dem Beschwerdeführer sei - mit Ausnahme seiner Selbsteinschätzung - am 11. September 2014 (wonach für eine sehr leichte Arbeitsfähigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe) durchgehend eine mindestens 80%ige Arbeitsunfähigkeit (ab 1. Juni 2016, vorher 100%ige Arbeitsunfähigkeit) attestiert worden. Die Depression sei „ab ca. 2013“ entstanden. Seitdem sei der Beschwerdeführer in regelmässiger auch psychopharmakologischer Behandlung mit Antidepressiva im B.____, bisher ohne genügenden Erfolg, aktuell habe Cymbalta auf 90mg erhöht werden müssen. 4.

E. 4

.2), beurteilt sich die Frage der invalidisierenden Wirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach der Schmerzensrechtsprechung (BGE 141 V 281; vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_624/2015 vom 25. Januar 2015 E. 3.2.2 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 4.4).

E. 4.1

Nach Lage der Akten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer am 4. Mai 2010 bei der Arbeit einen Unfall erlitt und sich dabei an der rechten Schulter verletzte. Im Februar 2011 wurde er an der rechten Schulter operiert. Es stellte sich ein protrahierter Verlauf ein, wobei weder für die behandelnden Orthopäden im Kantonsspital Winterthur noch für den Suva-Kreisarzt ein klares Korrelat für die angegebenen Restbeschwerden fassbar war. Erstellt ist, dass der Beschwerdeführer aufgrund der somatischen Beschwerden längstens bis zum 19. September 2012 in allen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig war und seither infolge der eingeschränkten Schulterbelastbarkeit nur noch Arbeiten ausführen kann, die mit dem vom Suva-Kreisarzt am 16. November 2011 und 19. September 2012 formulierten Belastungsprofil vereinbar sind (E. 3.3.1 und E. 3.3.2; vgl. auch die ersten Angaben des RAD-Arztes Dr. med. V.____, Orthopädische Chirurgie FMH, vom 14. Januar 2012 und 23. November 2015, Urk. 7/120 S. 3 und 8, wobei seither aus somatischer Sicht keine Änderungen dokumentiert sind). Solche leidensangepassten Tätigkeiten sind dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht entsprechend den Angaben des Suva-Kreisarztes ganztätig zumutbar (auch aus dem neusten Bericht der Universitätsklinik I.____ vom 4. August 2017, Urk. 14, lässt sich nichts Abweichendes ableiten). Da die bisherige Tätigkeit als Schaller das Anforderungsprofil übersteigt, wurden berufliche Eingliederungsmassnahmen initiiert. Nach zunächst erfolgreichem Start wurde das Arbeitstraining im Heilsarmee Brockenhaus Z.____ am 18. September 2015 vorzeitig abgebrochen, da die angestrebte Pensumsteigerung nicht erreicht werden konnte (vgl. Urk. 7/102 und Urk. 7/111).

E. 4.2

Fraglich ist, ob der Beschwerdeführer aufgrund psychischer Leiden über den 12. September 2012 hinaus auch in angepassten Tätigkeiten eingeschränkt war oder immer noch ist. Mit Bezug auf diese Fragestellung liegen fachärztliche Bescheinigungen des B.____ vor, die eine 100% Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten seit dem Unfall bis zum 31. Mai 2016 mit anschliessend 80%iger Arbeitsunfähigkeit attestieren. Die B.____-Behandler diagnostizierten eine mittel gradige depressive Episode und eine anhaltende somatoforme

Schmerzstörung, welche Diagnosen indes nicht schlüssig begründet wurden. Die entsprechenden Berichte wurden zudem nie einem RAD-Psychiater zur Prüfung vorgelegt (vgl. die kurzen Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. V.____ vom 23. November 2015 und 22. Januar 2016, Urk. 7/120 S. 7 f.). Es erfolgte einzig eine Würdigung der Berichte im Rahmen einer „Ressourcenprüfung“, die sich allerdings – obwohl der Titel etwas anderes vermuten liesse – nur auf die praxisgemässen Voraussetzungen betreffend die invalidisierende Wirkung einer depressiven Episode bezog (Urk. 7/120 S. 8 und Urk. 7/134 S. 3 f.). Eine Auseinandersetzung der Beschwerdegegnerin mit den rechtsprechungsgemäss massgebenden Standardindikatoren bezüglich einer allfälligen somatoformen Schmerzstörung (E. 1.2; BGE 141 V 281) fand nicht statt. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass auch in den Berichten des B.____ - die zudem mit Bezug auf die nicht besonders ausgeprägten Befundangaben, die rückwirkend seit dem Unfalldatum bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit trotz Behandlungsaufnahme erst am 26. Januar 2013 sowie die Frage einer ununterbrochenen, regelmässigen Behandlung (vgl. E. 3.9, Urk. 7/120 S. 7 und Urk. 3) nicht schlüssig sind - nicht hinreichend begründet wurde, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektiver Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren die angegebene Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit ergeben sollte (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4 mit Hinweisen).

Auch den übrigen Akten können nicht genügende Angaben für eine rechtsgenügeliche Ressourcenprüfung entnommen werden;

konkrete Hinweise für eine Aggravation bestehen ebenfalls nicht (vgl. auch den Bericht des Schweizerischen Arbeiterhilfswerks A.____ vom 10. Oktober 2015 zum Arbeits training im Heilsarmee Brockenhaus in Z.____, Urk. 7/111).

E. 4.3

Da die vorliegenden medizinischen Berichte nach dem Gesagten keine zuverlässige Beurteilung der gestellten psychiatrischen Diagnosen und attestierten Arbeitsunfähigkeit nach Massgabe der rechtsprechungsgemäss relevanten Indikatoren erlauben, ist die Durchführung einer namentlich psychiatrischen Begutachtung unabdingbar.

Gegebenenfalls – bei diagnostizierter anhaltender somatoformen Schmerzstörung respektive diagnostiziertem damit vergleichbarem psychosomatischen Leiden – hat das Gutachten auch eine hinreichende Grundlage zu liefern, welche eine schlüssige Beurteilung entsprechend dem strukturierten Beweisverfahren (Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 E. 4.3.1-4.4.2) erlauben würde (E. 1.2). Zudem sind beim Vorliegen einer depressiven Erkrankung die praxisgemässen Anforderungen an eine invalidisierende Wirkung von depressiven Störungen zu berücksichtigen (E. 1.3)

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. Die angefochtene Verfügung vom 14. Februar 2017 ist aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese die erforderlichen Abklärungen durchführe und hernach über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

E. 4.4

Festzuhalten bleibt in diesem Zusammenhang, dass bei der rückwirkenden Zusprache einer befristeten Rente und der Anfechtung einzig der Leistungsbefristung die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten nicht von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V

413 E. 2d mit Hinweisen). Daher bleibt es der Beschwerdegegnerin unbenommen, gegebenenfalls auch auf die bereits erfolgte Leistungszusprache zurückzukommen. 5.

Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Zudem steht dem Beschwerdeführer bei diesem Ausgang des Verfahrens eine Prozessentschädigung zu, die gemäss § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen und ermessensweise auf Fr. 1'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen ist. Das Gericht erkennt:

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.