

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00893 vom 28. März 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-03-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00893

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00893 du 28 mars 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00893 del 28 marzo 2011

Erwägungen

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). 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

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.

E. 1.3

Am 8. November 2017 meldete sich der Versicherte wiederum zum Bezug von Invalidenversicherungsleistungen an (Urk. 8/213). Die IV-Stelle teilte ihm mit Vorbescheid vom 18. Januar 2018 mit, dass sie auf das Leistungsbegehren nicht eintreten werde (Urk. 8/220).

Nachdem der Versicherte hiergegen am 15. Februar 2018 Einwände erhoben hatte (Urk. 8/224), ordnete sie eine interdisziplinäre Begutachtung bei Prof. Dr. Z.____, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, an, welche die interdisziplinäre Gesamtbewertung am 30. Oktober 2018 erstatteten (Urk. 8/240). Mit Vorbescheid vom 18. Juli 2019 stellte die IV-Stelle in Aussicht, das Leistungsbegehren abzuweisen (Urk. 8/252), wogegen der Versicherte am 16. September 2019 Einwände erhob (Urk. 8/255). Mit Verfügung vom 11. November 2019 verneinte die IV-Stelle den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente (Urk. 8/259 = Urk. 2).

E. 1.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 2

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente mit der Begründung (Urk. 2), die medizinische Beurteilung habe ergeben, dass keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei und der Beschwerdeführer weiterhin in einer angepassten Tätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne (S. 2 oben). Mit Beschwerdeantwort führte sie zusammengefasst aus, dass auf das von ihr eingeholte orthopädisch-psychiatrische Gutachten abgestellt werden könne (Urk. 7). Gemäss Gutachten bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus orthopädischer Sicht sei dem Beschwerdeführer zwar die Tätigkeit als Gipser nicht mehr zumutbar, in einer angepassten Tätigkeit bestehe dagegen auch aus orthopädischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Eine IV-relevante Veränderung des Gesundheitsstatus seit der letzten Verfügung ergebe sich nicht (S. 2 oben).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer wandte dagegen im Wesentlichen ein (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe es in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes unterlassen, aktuelle Berichte der behandelnden Ärzte einzuholen (S. 6 Ziff. 19). Es sei angezeigt gewesen, nicht nur ein bidisziplinäres, sondern ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen (S. 7 Ziff. 25). Ohnehin sei das bidisziplinäre Gutachten aufgrund näher dargelegter Ungereimtheiten beweisuntauglich und nicht verwertbar (S. 7 f. Ziff. 24 ff.). Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades sei ein Abzug vom Tabellenlohn zu gewähren (S. 8 Ziff. 31).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers vorliegt und ob zu deren Feststellung auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten abgestellt werden kann.

Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 8. November 2017 materiell eingetreten ist. Letztmals beurteilt wurde dessen Gesundheitszustand mit Verfügung vom 19. Dezember 2016, mit welcher ihm eine befristete Rente zugesprochen wurde. Zu prüfen ist somit, ob sich der massgebliche Sachverhalt zwischen der Verfügung vom 19. Dezember 2016 und der angefochtenen Verfügung vom 11. November 2019 in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat. 3.

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser 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.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten.

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorzugehen (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 Veränderung 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 beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 1.

E. 3.1

Laut Feststellungsblatt vom 20. Juni 2016 (Urk. 8/185) stützte sich die Beschwerdeführerin bei der vormaligen

Rentenprüfung und -zusprache

auf die Berichte von Dr. B.____ vom 27. Dezember 2011 (Urk. 8/73), Dr. C.____ vom 28. Dezember 2011 (Urk. 8/74), der Rehaklinik D.____ vom 25. Juni 2013 (Urk. 8/97), von Suva-Kreisarzt Dr. E.____ vom 26. Mai 2014 (Urk. 8/183/178-183), Dr. B.____ vom 8. Januar 2015 (Urk. 8/169) sowie Dr. F.____ und lic. phil. G.____ vom 22. Februar 2015 (Urk. 8/169).

E. 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte im Bericht vom 27. Dezember 2011 (Urk. 8/73) folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1): - Status nach Schulterluxation rechts (Mai 2011) - alle Abklärungen/Kontrollen und Therapien fanden am Spital H.____ statt - Erstbeurteilung durch Spital H.____ (17. Mai 2011) - chronisches thorakal betontes Panvertebralsyndrom mit Rippen Dysfunktion

und verwies an den behandelnden Facharzt Orthopädie am Spital H.____.

E. 3.3

Dr. med. C.____, Spital H.____, Orthopädie, diagnostizierte im Bericht vom 28. Dezember 2011 (Urk. 8/74/5-6) eine Schultersteife bei Supraspinatussehnenruptur nach traumatischer Schulterluxation rechts (S. 1 Ziff. 1.1). Es werde sich um eine insgesamt zeitaufwändige Rehabilitation handeln, jedoch mit guter Prognose (S. 1 Ziff. 1.4).

Theoretisch seien unbelastete Tätigkeiten auf oder unter Tischniveau derzeit möglich, jedoch bestehe eine zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch Physiotherapie und Eigentherapie zur Rückgewinnung der freien passiven Gelenkbeweglichkeit (S. 1 Ziff. 1.7).

E. 3.4

Im Austrittsbericht der Rehaklinik D.____ vom 25. Juni 2013 (Urk. 8/97) stellte Dr. med. I.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, folgende Diagnosen (S. 1): - Unfall vom 17. Mai 2011 - traumatische vordere Schulterluxation rechts - Hill-Sachs-Impressionsfraktur rechts - arthroskopische Kapsulotomie (16. April 2012) bei anhaltender Flexions- und Aussenrotationsbeschränkung - Arthroskopie Schulter rechts mit Tenotomie der Bizepssehne und Supraspinatussehnennaht (22. Oktober 2012) - Adipositas Grad I - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei psychosozialer

Belastung mit Arbeitslosigkeit und psychisch kranker Ehefrau

Bei Eintritt habe der Beschwerdeführer über anhaltende, bewegungs- und positionabhängige Schulterschmerzen rechts (insbesondere Armbewegungen nach vorne über der Horizontalen sowie für Seitwärtsbewegungen mit einem entsprechenden Kraftdefizit) geklagt. Nebst intermittierenden Schmerzausstrahlungen seitlich in den gleichseitigen Ober- und Vorderarm habe er auch über gelegentlich auftretende Kribbelparästhesien in der rechten Hand geklagt. Klinisch imponiere vor allem eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Schulter für Flexion und Aussenrotation, zudem auch für Abduktion bei gleichzeitig guter motorischer Innervation der Rotatorenmanschettenmuskulatur. Klinisch ergäben sich keine Hinweise auf etwaige sensomotorische Defizite an den oberen Extremitäten. Konventionell-radiologisch komme die erlittene Hill-Sachs-Impressionsfraktur am rechten Humeruskopf im Vergleich zu den auswärtigen Voraufnahmen in unveränderter Weise zur Darstellung bei ansonsten röntgenologisch im Wesentlichen unauffälligen anatomischen Verhältnissen am rechten sowie auch am linken Schultergelenk (S. 3 oben).

Laut dem während des stationären Aufenthalts eingeholten psychosomatischen Konsiliums habe der Beschwerdeführer nach der Schulterverletzung und zwei operativen Eingriffen eine leicht agitiert gefärbte, reaktiv- und depressive Symptomatik mit traurig-deprimierter Verstimmung, anhaltender Nervosität, aggressiver Reizbarkeit, Gedankenkreisen mit Zukunftssorgen sowie Störungen von Schlaf und Libido entwickelt. Im sozialen Umfeld fänden sich erhebliche Belastungen durch eine psychisch kranke Ehefrau, welche einer besonderen Schonung im Alltag bedürfe. Zudem lebe auch die seit einer Rückenoperation teilinvaliden Mutter im selben Haus und der herzkrankte Vater sei vor 5 Monaten gestorben. Diagnostisch sei von einer Anpassungsstörung mit längerer, depressiver Reaktion bei psychosozialen Belastungsfaktoren auszugehen, wobei neben der erschwerten familiären Konstellation auch die aktuelle Arbeitslosigkeit mit ungewisser beruflicher Zukunft eine erhebliche Rolle spiele (S. 3 unten).

Gesamthaft betrachtet könne man aufgrund der Diagnosen und der klinischen und radiologischen Befunde die geltend gemachten Schulterbeschwerden rechts und die daraus resultierenden Funktionseinschränkungen sowohl in der Lokalisation, als auch in der Intensität aufgrund des leistungsbereiten und konsistenten Verhaltens des Beschwerdeführers weitgehend erklären (S. 3 unten).

Die festgestellte psychische Störung begründe keine arbeitsrelevante Leistungsminderung (zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen). Die Tätigkeit als Gipser sei nicht mehr zumutbar. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, ohne Tätigkeiten mit dem rechten Arm länger dauernd über Brusthöhe und mit häufig wiederholtem Krafteinsatz, seien ganztags zumutbar (S. 2 Mitte).

E. 3.5

Gemäss Bericht von Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie und Facharzt für Physikalische Medizin, vom 26. Mai 2014 (Urk. 8/183/178-183) über die gleichentags erfolgte kreisärztliche Untersuchung liege nach zweimaliger Operation ein unfallbedingtes Funktionsdefizit des rechten Schultergelenks vor. Die vom Beschwerdeführer ausgeführte Chauffeurstätigkeit bringe keine Überlastung des operativ versorgten rechten Schultergelenkes mit sich, eine vorübergehende belastungsabhängige leichte Schmerzverstärkung sei sicher hinnehmbar und auch erklärlich. Die Verbesserung

des Bewegungsumfanges für die Aussenrotationsfähigkeit des rechten Schultergelenkes sei erfreulich und nicht sicher zu erwarten gewesen (S. 5 Ziff. 5). Im Vordergrund der aktuellen Problematik stehe die psychotherapeutische Behandlung, die für beide Ehegatten durchzuführen sei (S. 6 oben).

E. 3.6

Dr. B.____ berichtete unter Hinweis auf deutliche chronische Restbeschwerden an der rechten Schulter, dass eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nie Teil seiner Tätigkeit als Hausarzt gewesen sei und deshalb auch keine entsprechende Abklärung/Beurteilung erfolgt sei. In der Tätigkeit als Gipser sei der Beschwerdeführer sicherlich nicht mehr arbeitsfähig.

E. 3.7

Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil.

G.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, diagnostizierten im Bericht vom 22. Mai 2015 eine Anpassungsstörung aufgrund eines schweren Unfalls (F43.23; S. 1 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei bei ihnen von September 2013 bis Februar 2015 in ambulanter Behandlung gestanden (S. 1 Ziff. 1.2). Aufgrund des Unfalls und der langwierigen Heilungsphase mit schlechter Prognose habe der Beschwerdeführer während mehreren Monaten unter einer depressiven Grundstimmung gelitten. Die stark eingeschränkte Bewegungs- und Leistungsfähigkeit habe grosse Ängste und Sorgen hinsichtlich der beruflichen Zukunft und derjenigen seiner Familie ausgelöst und habe zu Stimmungsschwankungen geführt (S. 2 oben).

Betreffend Arbeitsfähigkeit verwiesen Dr. F.____ und lic. phil. G.____ auf den Bericht von Dr. B.____, wonach der Beschwerdeführer nicht mehr in seinem Beruf als Gipser arbeiten könne (S. 2 Mitte). Psychische Einschränkungen bestünden derzeit keine (S. 3 oben).

Der Beschwerdeführer sei der Auffassung, dass er alles gemacht habe, was die Invalidenversicherung von ihm gefordert habe. Er habe sich zudem selbständig darum bemüht, eine zumutbare Arbeitsstelle zu finden. Aufgrund der Tatsache, dass die Invalidenversicherung ihm versprochen habe, die Finanzierung für die Wiedereingliederung bis im November zu übernehmen, sei er der Meinung, dass ihm für die Zeit vom 6. Juli bis 6. November 2014 nachträglich die bewilligte Entschädigung ausbezahlt werden sollte (S. 4 Ziff. 1.11). 4.

Der aktuelle Gesundheitszustand ergibt sich aus den folgenden Arztberichten: 4.1

Im Bericht vom 11. April 2017 stellte Dr. C.____ (E. 3.3) folgende Diagnose (Urk. 8/217/1-2): - multiple Triggerpunkte mit Scapuladysbalance bei Status nach arthroskopischer Supraspinatussehnennaht durch vordere untere Schulterluxation rechts

Der Beschwerdeführer zeige aktuell multiple Triggerpunkte bei Scapuladysbalance. Unter moderater Testung könne die Supraspinatussehne ordentlich angesprochen werden. Es gelte primär, die Triggerpunkte abzuarbeiten. Als Hausabwart bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die nächsten 6 Wochen.

Im Bericht vom 22. Mai 2017 (Urk. 8/217/3) nannte Dr. C.____ folgende Diagnosen: - persistierende dorsale Triggerpunkte, Verdacht auf Segmentirritation rechte Brustwirbelsäule TH6/7 - Status nach Schulterluxation mit traumatischer Supraspinatussehnenruptur, Tenotomie der langen Bizepssehne (LBS), Supraspinatussehnennaht (22. Oktober 2012)

Am 26. Mai 2017 (Urk. 8/217/4-5) berichtete Dr. C.____ über einen Vitamin-D Mangel.

Im Bericht vom 7. Juli 2017 nannte Dr. C.____ zu den bereits genannten Diagnosen einen Verdacht auf depressive Episode mit aktuell Tag -Nacht-Umkehr . Klinisch mache die Schulter selbst einen ordentlichen Eindruck. Beschwerden beständen vornehmlich in der umgebenden Muskulatur.

Am 16. Oktober 2017 (Urk. 8/217/7-8) berichtete Dr. C.____ , das durchgeführte Arthro -CT habe eine Durchgängigkeit der Sehne erkennen lassen. Auch sei die Kraftentwicklung in Abduktionsposition unter 90 ° als ordentlich zu bezeichnen. Es stünden extraartikuläre Probleme im Vordergrund, zu denen physiotherapeutisch jedoch kein Zugang habe gefunden werden können.

Dr. C.____ attestierte dem Beschwerdeführer mit diversen Arztzeugnissen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 10. April bis 30. September 2017 (Urk. 8/211/1- 4) 4. 2

Dr. med. J.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , diagnostizierte im Bericht vom 2. Dezember 2017 (Urk. 8/231 = Urk. 8/227 = Urk. 8/223/1-4) eine Anpassungsstörung und eine depressive Reaktion (F43.9; S. 3 Ziff. 1.7). Der Beschwerdeführer sei wach, bewusstseinsklar, in allen Qualitäten ausreichend orientiert, im Kontakt offen und freundlich zugewandt, gepflegt und habe eine gute Compliance. In der Erscheinung wirke er depressiv-traurig, es beständen Zukunftsängste, der Antrieb und die Konzentration seien gemindert, er sei unruhig und weine im Gespräch. Die Wahrnehmung sei adäquat, keine Paranoia , keine Halluzinationen, Denken formal und inhaltlich ohne Befund, keine Ich-Störungen, Sprache (über Dolmetscher) und Intelligenz normal, keine Suizidalität, keine Suizidgedanken, keine Zwänge (weder Gedanken noch Handlungen). Die Prognose sei günstig bei Fortführung der antidepressiven Medikation und Gesprächstherapie (1 x wöchentlich im Einzelsetting; S. 3 oben). Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.7). 4. 3 4.3.1

Laut dem interdisziplinären Gutachten, verfasst einerseits von Dr. med. A.____ , Facharzt für Orthopädie und Facharzt für Unfallchirurgie, vom 25. September 2018 (Urk. 8/240/97-165) ,

sowie andererseits von Prof. Dr. med. Z.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. September 2018 (Urk. 8/240/18-95), ergänzt um die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 30. Oktober 2018 (Urk. 8/240/ 2 -17) , liegen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 8/240/10 Ziff. 4.2.1): - endgradige Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Schultergelenks nach im Jahre 2011 erlittener traumatischer anteriorer Erstluxation mit sekundärer Schultersteife und im Jahre 2012 erfolgter Kapsulotomie mit - Einschränkung der Armseitwärtsbewegung um 60° - Einschränkung der Armvorwärtsbewegung um 40° - Einschränkung der Armaußenrotation um 20° - Belastungseinschränkung des rechten Schultergelenks bei initialer AC-Gelenksarthrose Grad Kellgren I-II - belastungsabhängig vermehrtes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei - moderaten polysegmentalen Osteochondrosen betont bei L5/S1 - diskreter Spondylarthrose L4/5 sowie L5/S1 - akzentuierter Spondylose Th12/L1 - diskretem Bastrup-Phänomen bei L3/L4

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (Urk. 8/240/10-11 Ziff. 2.2.2): - erworbener Senk-Spreizfuß beidseits - knöchern in regelrechter Stellung konsolidierte Fraktur des rechtsseitigen fünften Mittelhandknochens nach erlittener

Verletzung im Jahre 2006, gegenwärtig ohne Beschwerdevortrag sowie ohne Funktionseinschränkung - initiale diskrete Femoropatellararthrose der Kniegelenke mit kranialem und ventralem Patellasporn - Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Renten neurose; F68.0) - Verdacht auf spezifische (isolierte) Phobien (F40.2) - multiple psychosoziale Probleme mit/bei - Problemen in Verbindung mit Ausbildung und Bildung (Z55) - Problemen in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (F56) - Probleme in Verbindung mit ökonomischen Verhältnissen (Z59) - Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (unzureichende Sprachkenntnisse; Z60.3) - sonstigen belastenden Lebensumständen, die Familie und Haushalt negativ beeinflussen (kranke Ehefrau; Z63.7) 4.3.2

Gemäss orthopädischem Teilgutachten (Urk. 8/240/97-166) gebe der Beschwerdeführer in Bezug auf die Halswirbelsäule an, unter einer intermittierenden cervicocephalen Schmerzsymptomatik mit Exazerbation unter vermehrter Belastung zu leiden. Mit den Beschwerden komme er gegenwärtig gut zurecht. Im Rahmen der klinischen Untersuchung hätten sich diesbezüglich keine wesentlichen Klopf- oder Druckdolenzen der Dornfortsatzreihe gezeigt. Unter Palpation der Nackenstrecker sowie der Trapeziusränder zeige sich beidseits kein paravertebraler Hartspann. Auch liessen sich keine Myogelosen abgrenzen. Sowohl in Verriegelung als auch in Entriegelung bestehe ein freies Bewegungsspiel der Halswirbelsäule ohne Bewegungsschmerzen. Bei der segmentalen Prüfung zeigten sich keine Anhaltspunkte für eine Blockierung im Bereich der Kopfgelenke oder der subaxialen Halswirbelsäule. Es bestehe kein Kalottenklopfeschmerz. Die Nervenaustrittspunkte sowie die Mastoidae seien frei. Klinisch funktionell ergäben sich keine Hinweise auf eine segmentale dysfunktionale Störung im Bereich der Halswirbelsäule oder eine zervikale Nervenwurzelreizung (S. 56 Mitte).

Im Hinblick auf die Lendenwirbelsäule klage der Beschwerdeführer über eine permanent anhaltende, jedoch proportional zu seinem Belastungsniveau verstärkte lumbospondylogene Schmerzsymptomatik mit einer gegenwärtigen Schmerzintensität von 4 auf der Schmerzskala (VAS). Im Rahmen der klinischen Untersuchung zeige sich sowohl im Bereich des thorakolumbalen Übergangs als auch im Bereich des lumbosakralen Übergangs keine vermehrte Tonussteigerung der paravertebralen Muskulatur, auch bestünden keine palpablen Myogelosen. Auch zeige sich keine etwaige segmentale Mikroinstabilität. Die LWS weise mit einem Finger-Boden-Abstand von 38 cm eine endgradige Bewegungseinschränkung auf. Ferner bestehe eine Verkürzung der ischiocruralen Muskulatur (S. 57 oben).

Hinsichtlich der beiden oberen Extremitäten zeige sich bei Status nach im Jahre 2011 erlittener traumatischer anteriorer Erstluxation eine bekannte multidirektionale Bewegungseinschränkung sowie im Rahmen der radiologischen Bildgebung eine initiale AC-Gelenksarthrose. Abgesehen davon zeige sich beim Beschwerdeführer eine freie Mobilität sowohl der grossen als auch der kleinen Gelenke, bei allseits stabiler ligamentärer Gelenkführung (S. 57 Mitte).

Hinsichtlich der beiden unteren Extremitäten zeige sich eine initial beidseitige, jedoch insbesondere rechtsseitig betonte Femoropatellararthrose mit einem ventrokranialen Fersensporn jedoch ohne Bewegungseinschränkung sowie ohne manuell auslösbare Hyperkompressionssyndrom. Abgesehen davon zeige sich eine freie Mobilität sowohl der grossen als auch der kleinen Gelenke, bei allseits stabiler ligamentärer Gelenkführung (S. 58 oben).

Im Rahmen der orthopädisch-neurologischen Untersuchung zeige sich sowohl im Bereich der beiden oberen als auch der beiden unteren Extremitäten eine uneingeschränkte Sensomotorik bei seitengleich symmetrischem, uneingeschränktem Reflexverhalten (S. 58 Mitte).

Die festgestellten wesentlichen Gesundheitsstörungen auf orthopädisch- chirurgischem Fachgebiet ergäben beim Beschwerdeführer die nachfolgenden Leistungseinschränkungen in qualitativer Hinsicht (S. 62 Mitte) : - Schwerst- und Schwerarbeiten - ständige mittelschwere Arbeiten - Heben und Tragen von Lasten körperfern über 10 kg ohne technische Hilfsmittel - Heben und Tragen von Lasten körpernah über 20 kg ohne technische Hilfsmittel - repetitive stereotype Bewegungsabläufe - Tätigkeiten mit vermehrter Vibrationsbelastung - Tätigkeiten mit Rotation der Brustwirbelsäule und der Lendenwirbelsäule im Sitzen und Stehen mit Gewichtsbelastung - Tätigkeiten mit Pressen oder Stemmen, welche zu einer intraspinalen Druckerhöhung führen - mehr als gelegentliches Heben von Lasten über die Horizontale (Hyperlordosierung der Lendenwirbelsäule) - Tätigkeiten mit länger währender Einnahme einer stehenden Körperposition - Tätigkeiten, welche überwiegend kniend, stehend sowie im Hocksitz durchgeführt werden - Tätigkeiten, welche ein mehr als gelegentliches kraftvolles Stossen, Zug- und Drehbewegungen, axiales Abstützen, Vibrationen, Schläge sowie repetitives kräftiges Zupacken im Bereich des rechten Armes/Schultergelenkes bedingen - repetitive Drehbewegungen im Bereich der rechten Schulter bei gleichzeitigem Anheben von Gegenständen über 1.5 kg (Tätigkeit an einem Förderband) - Tätigkeiten im Freien ohne Schutz vor Kälte, Zugluft, Nässe sowie Tätigkeiten auf regen- und eisglattem Untergrund - Tätigkeiten unter Zeitdruck und Akkordarbeit

Der Beschwerdeführer könne die schwere körperliche Tätigkeit als Gipser seit dem Unfall im Mai 2011 nicht mehr ausführen (Urk. 8/240/161 Ziff. 1). Unter Wahrung der dargelegten Schonkriterien bestehe für eine schultergelenks- und rückenadaptierte Tätigkeit mit intermittierender stehender, gehender und sitzender Körperposition aus orthopädisch-versicherungsmedizinischer Sicht bezogen auf ein volles Pensum eine quantitativ unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % entsprechend einer ganztägigen Anwesenheit (S. 65 Ziff. 2). 4.3.3

Laut psychiatrischem Teilgutachten (Urk. 8/240/18-95) sei im psychiatrischen Untersuchung ein Beschwerdeführer angetroffen worden, der ganz vordergründig über psychosoziale Probleme als Folge seines Unfalls vom Mai 2017 klage. Er habe in leicht agitierter, ausgesprochen fordernder, latent-aggressiver Weise sein Missfallen vorgetragen, dass man ihn für den erlittenen Unfall nach seiner subjektiven Vorstellung finanziell nicht ausreichend entschädigt habe. Er beklage seine berufliche Perspektivlosigkeit, die auch gemäss seinem persönlichen Vortrag auf seinem unzureichenden schulischen und beruflichen Ausbildungsstand und seinen unzureichenden Deutschkenntnissen beruhe. Ein Rentenbegehren werde unverhüllt formuliert und in der Exploration zahlreiche Male fordernd vorgetragen (S. 68 oben).

Aus gutachterlicher Sicht sei die Diagnose einer Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Rentenneurose; F68.0) zu stellen. Beim Beschwerdeführer sei ein aufmerksamkeitsuchendes Verhalten mit unspezifischen Beschwerden nicht körperlichen Ursprungs vorliegend. Die diagnostischen Kriterien sähen vor, dass ein Patient durch seine Schmerzen oder die Behinderung beeinträchtigt und von möglicherweise berechtigten Sorgen über eine länger andauernde oder zunehmende Behinderung oder Schmerzen

beherrscht werden, was beim Beschwerdeführer definitiv vorliege. Unzufriedenheit über das Ergebnis der Behandlung oder andere mit der Krankheit verbundene Faktoren könnten ebenfalls - wie beim Beschwerdeführer - motivierende Faktoren für die Störung sein. Auch schienen einige Personen durch die Möglichkeit, eine finanzielle Entschädigung nach Unfällen oder Verletzungen zu erhalten, motiviert zu sein, was vom Beschwerdeführer in der Exploration mehrfach eingefordert worden sei (S. 68 unten).

Der Beschwerdeführer habe über « claustrophobische » Symptome berichtet und angegeben, dass er panikähnliche Symptome bekäme, wenn er «in die Röhre» müsse. Aufgrund der medizinischen Akten sei dokumentiert, dass der Beschwerdeführer seit Januar 2014 keinen entsprechenden Untersuchungen mehr ausgesetzt gewesen sei und in den Untersuchungen vom November

2011 (MR der Schulter) und von Januar 2014 keine claustrophobischen Ängste dokumentiert seien. Auch der behandelnde Psychiater habe nicht (soweit lesbar) darüber berichtet. Darauf angesprochen, habe der Beschwerdeführer geantwortet, dass er dieses Symptom bisher beim behandelnden Psychiater nicht thematisiert habe (S. 69 Mitte).

Die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung stelle sich nicht. Insofern eine Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den somatischen Befunden vorlägen, seien diese als verdeutlichend einzuordnen (S. 69 unten).

In der Abgrenzung der Psychopathologie zu der Diagnose eines Schlafapnoesyndroms sei davon auszugehen, dass die geklagte anhaltende Müdigkeit der somatischen Erkrankung zuzuordnen sei (S. 70 oben).

Das psychiatrische Störungsbild des Beschwerdeführers werde dominiert durch multiple psychosoziale Belastungsfaktoren (S. 70 oben).

Aus rein psychiatrischer Sicht lägen beim Beschwerdeführer seit Antragstellung keine psychiatrischen Störungen mit anhaltender Wirkung auf die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit vor. Die Standardindikatoren fielen sich bei einer ergebnisoffenen medizinischen Prüfung als überwiegend negativ. Es sei dem Beschwerdeführer zumutbar, die Schmerzen und die Folgen der ganz überwiegend durch psychosoziale Faktoren dominierten Psychopathologie aus medizinischer Sicht zu überwinden. Die Ressourcenlage sei dennoch dünn. Die Prognose der Störung werde davon abhängen, wie gut die psychosozialen Belastungsfaktoren bei mässigen Sprachkenntnissen, unzureichender beruflicher Qualifikation und Langzeitarbeitslosigkeit überwunden werden könnten (S. 75 Ziff. 7.4). 4.5

Dr. B.____ (E. 3.2) , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 30. September 2019 (Urk. 3), dass der Beschwerdeführer wegen beidseitiger Schulterbeschwerden schulterbelastende Tätigkeiten wie beispielsweise Maler- und Gipserarbeiten sowie Tätigkeiten über Schulterhöhe absolut meiden sollte. An der rechten Schulter bestehe eine deutlich eingeschränkte Belastbarkeit bei Status nach Sehnenoperation 2012 nach einer Supraspinatussehnenruptur nach Schulterluxation. An der linken Schulter lägen deutliche Zeichen einer Sehnenreizungserkrankung der Schultersehnen vor. 5.

E. 5

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung,

Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2). 1.

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging bei der befristeten Rentenzusprache von Juni 2012 bis September 2013 davon aus, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 17. Mai 2011 in jeder Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war. Gestützt auf den Austrittsbericht der Rehaklinik D.____ (E. 3.4) kam sie zum Schluss, dass nach Abschluss der stationären Rehabilitation eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit seit Juni 2013 vorlag (vgl. Feststellungsblatt vom 20. Juni 2016 (Urk. 8/185 S. 7 unten und S. 9 Mitte). Damals imponierte gemäss Dr. I.____ der Rehaklinik D.____

vor allem eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der rechten Schulter für Flexion und Ausserrotation sowie für Abduktion bei gleichzeitig guter motorischer Innervation der Rotatorenmanschettenmuskulatur. Entsprechend dem eingeholten psychosomatischen Konsilium hielt

Dr. I.____

fest, dass diagnostisch von einer Anpassungsstörung mit längerer, depressiver Reaktion bei psychosozialen Belastungsfaktoren auszugehen war, welche allerdings keine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründete. Der Beschwerdeführer nahm nach dem Rehabilitationsaufenthalt dennoch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung auf, welche im Februar 2015 abgeschlossen wurde. Die behandelnde Psychologin und Psychotherapeutin (E. 3.7) verneinten indessen das Vorliegen psychischer Einschränkungen.

E. 5.2

Anlässlich der aktuellen Untersuchung fanden die Gutachter Dr. A.____ und Prof. Z.____ (E. 4.3.1) eine endgradige Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks, eine Belastungseinschränkung des rechten Schultergelenks sowie ein belastungsabhängig vermehrtes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom. In psychiatrischer Hinsicht gingen sie von multiplen psychosozialen Problemen aus. Sie kamen zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig sei, in einer schultergelenks- und rückenadaptierten wechselbelastenden Tätigkeit attestierten sie ihm eine vollständige Arbeitsfähigkeit (E. 4.3.2). In psychiatrischer Hinsicht bescheinigten sie dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsfähigkeit (E. 4.3.3).

Das Gutachten von Dr. A.____ und Prof. Z.____ erfüllt die formalen Beweiswertkriterien (E. 1.

E. 5.3

Der Beschwerdeführer machte am 8. November 2017 unter Hinweis auf körperliche und psychische Beschwerden eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend (Urk. 8/213), worauf ihn die Beschwerdegegnerin aufforderte, die gesundheitliche Verschlechterung mit Beweismitteln (ärztliche Bestätigung, Spitalbericht usw.) glaubhaft zu machen (Urk. 8/215). Der Beschwerdeführer reichte daraufhin die Sprechstundenberichte von Dr. C.____ (E. 4.1) ein, wovon der letzte vom 16. Oktober 2017 datierte. Mit Vorbescheid vom 18. Januar 2018 stellte die Beschwerdegegnerin in Aussicht, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten, wogegen der Beschwerdeführer am 15. Februar 2018 Einwände erhob (Urk. 8/224) und nochmals die Sprechstundenberichte von Dr. C.____ und neu den Bericht von Dr. J.____ vom 2. Dezember 2017 (E. 4.2) einreichte. Im Rahmen des Einwandverfahrens ordnete die Beschwerdegegnerin die Begutachtung des Beschwerdeführers an (Urk. 8/234). Zu diesem Zeitpunkt lagen der Beschwerdegegnerin aktuelle Berichte der behandelnden Fachärzte vor, weshalb für sie damals kein Grund bestand, weitere aktuellere Berichte einzuholen. Wenn sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt stellt, die Beschwerdegegnerin habe sich im Verfügungszeitpunkt auf knapp 3-jährige und ältere Berichte gestützt, verkennt er, dass die Beschwerdegegnerin zur Klärung des Sachverhalts ein Gutachten eingeholt hat, in dessen Rahmen der Beschwerdeführer untersucht worden ist. Sein Einwand, die Beschwerdegegnerin habe ihrem Entscheid einen nicht mehr aktuellen medizinischen Sachverhalt zu Grunde gelegt, geht daher fehl, dies umso mehr, als er nicht geltend machte, sein Gesundheitszustand hätte sich seit der Begutachtung verschlechtert.

Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist denn auch nicht dem beschwerdeweise eingereichten Bericht des Hausarztes vom 30. September 2019 (E. 4.5), worin lediglich eine eingeschränkte Belastbarkeit der Schultern bescheinigt wurde, zu entnehmen.

E. 5.4

Es existieren keine festen Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen. Die grosse Vielfalt von Begutachtungssituationen erfordert Flexibilität. In groben Zügen jedoch lassen sich die jeweiligen Einsatzbereiche wie folgt umreissen: Die umfassende administrative Erstbegutachtung wird regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sein. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein (zur Interdisziplinarität der Begutachtung vgl. BGE 137 V 210 E).

1.2.4) noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Diese Voraussetzungen werden vor allem bei Verlaufsbegutachtungen erfüllt sein (BGE 139 V 349 E. 3.2).

Der Beschwerdeführer machte eine Verschlechterung seines von der Beschwerdegegnerin schon zweimal abgeklärten Gesundheitszustandes geltend, weshalb es vorliegend um die

Abklärung des Verlaufs ging. Weder aus den Akten der früheren Verfahren noch aus den der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestandenen aktuellen Arztberichten ergaben sich Anhaltspunkte, dass die medizinische Situation neben der Orthopädie und der Psychiatrie weitere Fachgebiete beschlägt, weshalb die Anordnung einer interdisziplinären Begutachtung vollauf genügt. Der Beschwerdeführer machte den auch nicht geltend, auf welchen weiteren Fachgebieten Untersuchungen hätten vorgenommen werden müssen.

E. 5.5

Anzeichen für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ergeben sich auch nicht aus dem Bericht von Dr. J.____ (E. 4.2), worin eine Anpassungsstörung und eine depressive Reaktion diagnostiziert wurden.

Ein verschlechterter Gesundheitszustand lässt sich insbesondere nicht bereits daraus ableiten, dass Dr. J.____ von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in allen Tätigkeiten ausging. Wie

aus dem Bericht von Dr. F.____ und lic. phil. G.____

(E. 3.7) hervorgeht, diagnostizierten auch sie seinerzeit eine Anpassungsstörung. Angesichts des festgehaltenen Psychostatus, den sie mit einer depressiven Grundstimmung, grossen Ängsten und Sorgen hinsichtlich der beruflichen und familiären Zukunft sowie Stimmungsschwankungen und massiven Schlafstörungen beschreiben hatten, handelt es sich bei der von Dr. J.____ attestierten Leistungseinschränkung um eine andere Beurteilung des in etwa gleichgebliebenen Sachverhalts, stimmt doch der von ihm erhobene Psychostatus - depressiv-traurige Erscheinung, Zukunftsängste und Schlafstörungen - im Wesentlichen mit dem von Dr. F.____ und lic. phil. G.____

erhobenen überein. Angesichts dessen ist damit nicht zu beanstanden, dass Prof. Z.____ von einem unveränderten psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ausging. Mit ihm ist davon auszugehen, dass in psychiatrischer Hinsicht von keiner Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Damit erübrigt sich auch die Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3).

E. 5.6

Nach dem Dargelegten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers verneint hat. Da sich gemäss Aktenlage auch die erwerblichen Auswirkungen der Gesundheitseinschränkung in der Zwischenzeit nicht derart geändert haben, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Invalidenrente entstanden ist, und dies vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht wird, hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6

Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700. 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. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Josef Flury -
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 Bundes
gesetzes 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 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. 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 Beweis mittel
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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannTiefenbacher

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