

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00187 vom 2. Mai 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-05-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00187

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00187 du 2 mai 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00187 del 2 maggio 2025

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Aufgrund der im August 2020 anhängig gemachten Neuanmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Februar 2021 ausgerichtet werden (Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. nachstehende E. 5). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die bis 31. Dezember 2021 gültige Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

E. 1.2

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

3 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 Neuanmeldung 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 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

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

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprenkung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

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).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.

5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26.

Juli 2022 E.

3.2.1). Praxisgemäss kann auch auf versicherungsinterne ärztliche Feststellungen abge stellt werden. Bestehen jedoch auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind weitere Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 257 E. 1d). Reine Akten gutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 8C_390/2022 vom 7. September 2022 E. 3 mit Hinweisen). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die abweisende Verfügung im Wesentlichen damit (Urk. 2), die bisherige Tätigkeit als Gipser sei dem Beschwerdeführer weiter hin nicht zumutbar. In einer an die Beschwerden angepassten Tätigkeit habe vorüber gehend keine Arbeitsfähigkeit bestanden (S. 1 unten). Nach der üblichen Heilphase nach einer Operation sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leich ten körperlich angepassten Tätigkeit möglich (S. 2 oben). In psychiatrischer Hinsicht seien die Beschwerden auf die schwierige berufliche, finanzielle und fami liäre Situation zurückzuführen. Ein Leidensdruck und die Motivation zur Inten sivierung der psychiatrischen Therapie bestehe nicht. Eine zusätzliche Leistungs einschränkung aus psychiatrischer Sicht sei deshalb nicht ausgewiesen (S. 2 Mitte). 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer zusammengefasst ein (Urk. 1), es sei offen sichtlich, dass sich eine klare Verschlechterung der Situation eingestellt habe. Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei hingegen nicht ausreichend abgeklärt worden (S. 5 f. Ziff. 16). Die RAD-Ärztin habe das Zumutbarkeitsprofil aufgrund der Verschlechterung angepasst und ihm für den Zeitraum von Februar 2021 bis Mai 2022 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 6 Ziff. 17). In den Akten seien verschiedene Berichte mit psychiatrischen Diagnosen vorhanden, weshalb dieser Komponente die erforderliche Beachtung hätte geschenkt werden müssen. Aus dem Bericht des Hausarztes gehe hervor, dass der Beschwerdeführer seit Oktober 2022 Psychotherapie in Anspruch nehme, beim behandelnden Psy chiater sei aber nie ein Bericht eingefordert worden (S. 6 f. Ziff. 18). 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand seit der mit Urteil vom 24. September 2020 (Urk. 6/274) bestätigten Verfügung vom 11. November 2019 (Urk. 6/260) derart verschlechtert hat, dass der Beschwerdeführer nunmehr Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 3. 3.1

Mit Urteil vom 24. September 2020 stützte sich das Sozialversicherungsgericht auf das bidisziplinäre Gutachten, verfasst einerseits von Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädie

und Facharzt für Unfallchirurgie, vom 25. September 2018 (Urk. 6/241/97-165), sowie andererseits von Prof. Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. September 2018 (Urk. 6/241/18-95), ergänzt um die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 30. Oktober 2018 (Urk. 6/241/2-17). 3.1.1

Gemäss dem Gutachten lagen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 6/241/10 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 Armvorbwärtsbewegung 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 Baastrup -Phänomen bei L3/4

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (Urk. 6/241/10-11 Ziff. 4.2.2): - 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) 3.1.2

Gemäss orthopädischem Teilgutachten (Urk. 6/241/97-166) zeige sich hinsichtlich der beiden oberen Extremitäten 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).

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 (Hyperlordose 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 repetitive 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 rücken adaptierte 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). 3.1.3

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 2011 klage. Er habe in leicht agitiertem, ausgesprochen forderndem, 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 vorgebracht (S. 68 oben).

Aus gutachterlicher Sicht sei die Diagnose einer Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Rentenneurose; F68.0) zu stellen (S. 68 unten). Die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung stelle sich nicht. Insofern eine Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den somatischen Befunden vorläge, 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 fänden 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). 3.2

Der aktuelle Gesundheitszustand ergibt sich aus den nachfolgenden medizinischen Berichten: 3.2.1

Mit Bericht vom 12. Oktober 2020 (Urk. 6/273) äusserte Dr. med. B.____, Oberarzt Orthopädie an der Universitätsklinik C.____, den Verdacht auf eine Re-Re-Ruptur Schulter rechts (dominant; S. 1 Mitte). Nachdem sich der Verdacht erhärtet hatte, wurde gemäss Austrittsbericht der Universitätsklinik C.____ (Urk. 6/283 /2-3) am 22. Februar 2021 mittels Schulterarthroskopie eine Rotatorenmanschettenrekonstruktion sowie eine Patch Augmentation durchgeführt. 3.2.2

Dr. B.____ nannte im Bericht vom 17. Februar 2022 (Urk. 6/295/6-9) folgende Diagnosen (S. 1): - Capsulitis

adhaesiva rechts bei - Status nach Schulterarthroskopie mit Rotatorenmanschettenrekonstruktion sowie Patch Augmentation am 22. Februar 2021 mit/bei - Re-Re-Ruptur posterosuperiore

Rotatorenmanschette Schulter rechts (dominant) - Status nach 2x SAS, SSP- Reko , LBS-Tenotomie (D.____) 2012, 2013 - Status nach Schulterluxation mit posttraumatischer Schultersteife und SSP-Ruptur - anamnestisches Schlafapnoe-Syndrom mit/bei - ohne Heimgerät - Nikotin bis 2006 - metabolisches Syndrom bei - Adipositas permagna (Grösse 177 cm, Gewicht 140 kg) - grenzwertiger arterieller Hypertonie - Diabetes mellitus Typ II Postoperativ habe sich primär ein regelrechter Verlauf gezeigt. In der weiteren Folge habe sich drei Monate postoperativ eine Capsulitis

adhaesiva mit eingeschränkter Beweglichkeit ergeben. Der Beschwerdeführer berichte, dass er durch die zuletzt durchgeführte Operation nicht profitiert habe. Im Februar 2022 sei die Befundbesprechung der MRI-Untersuchung an der E.____ Klinik vorgesehen (S. 2 Ziff. 1.4).

Seit dem 22. Februar 2021 bestehe bis aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.3). Auch bei idealem Verlauf werde der Beschwerdeführer nicht mehr als Gipser arbeiten können. Aktuell könne nicht beurteilt werden, ob er eine dritte Ruptur aufweise (S. 3 Ziff. 2.7). Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei theoretisch 8-10 Stunden pro Tag zumutbar, wobei die Eingliederung aufgrund der Nebendiagnosen und der eingeschränkten Sprachkenntnisse nur erschwert möglich sei. Mit der betroffenen rechten oberen Extremität könne der Beschwerdeführer keine schweren und mittelschweren Tätigkeiten ausführen. Auch leichte repetitive Tätigkeiten könnten mit der rechten oberen Extremität nicht durchgeführt werden (S. 3 f. Ziff. 4.2-4). 3.2.3

Am 14. März 2022 (Urk. 6/300/6 und 300/9) berichtete Dr. B.____, die Ehefrau gebe an, dass der Beschwerdeführer weiterhin unter sehr starken Schmerzen mit Bewegungseinschränkung leide. Diese Schmerzen und die lange Arbeitsunfähigkeit belasteten ihn sehr stark. Eine psychotherapeutische Behandlung habe bis dato noch nicht stattgefunden (S. 1 unten f.). In der durchgeführten Arthro-MRI-Untersuchung habe eine Ruptur, insbesondere der Patch-Augmentation ausgeschlossen werden können. Entsprechend sei die Bewegungseinschränkung auf die Kapsulitis zurückzuführen. Der

Hausarzt werde um Abklärung hinsichtlich einer Depression gebeten (S. 2 Mitte). 3.2.4

Gemäss dem Bericht von Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 2. April 2022 (Urk. 6/300/1-5) leidet der Beschwerdeführer an einer Schulterproblematik rechts mit Status nach Reoperation am 22. Februar 2021 (S. 3 Ziff. 2.5). Zurzeit sei keine Arbeitstätigkeit möglich, der Beschwerdeführer stehe in Behandlung bzw. Kontrolle in der Universitätsklinik C.____. Bis anhin sei er immer als Gipser bzw. im Handwerkbereich tätig gewesen, dies sei nicht mehr möglich. Das schulische Potential sei eingeschränkt (S. 4 Ziff. 3.2). 3.2.5

Vom 30. März bis 9. Mai 2022 weilte der Beschwerdeführer zur Rehabilitation in der Rehaklinik G.____. Im Austrittsbericht vom 13. Mai 2022 (Urk. 6/303) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1 f.): - traumatische vordere Schulterluxation rechts mit Hill-Sachs-Impressionsfraktur und Supraspinatussehnenruptur rechts am 17. Mai 2011 - arthroskopische Kapsulotomie Schulter rechts am 16. April 2012 - Arthroskopie Schulter rechts mit Tenotomie der Bizepssehne und Supraspinatussehnennaht am 22. Oktober 2012 - diagnostisch-therapeutische Infiltration subakromiales AC-Gelenk, Koorakoid Schulter rechts am 6. August 2013 - Re-Ruptur Supraspinatussehne Schulter rechts - Arthro-MRI Schulter rechts am 14. Oktober 2020 - Schulterarthroskopie, Rotatorenmanschettenrekonstruktion,

Patch Augmentation rechts am 22. Februar 2021 - Arthro-MRI Schulter rechts am 24. Februar 2022 - Capsulitis

adhaesiva Oktober 2021 - depressive Episode, leichtgradige Ausprägung, ICD10: F32 - Diabetes mellitus Typ II - aktuell ohne Therapie - arterielle Hypertonie - aktuell ohne Therapie - Schlafapnoe

Die psychosomatische Abklärung habe diagnostisch eine depressive Episode, ausgelöst durch die langjährigen Unfallfolgen, psychosozialen Belastungsfaktoren wie die psychische Erkrankung der Ehefrau und aktuell verstärkt durch finanzielle Zukunftssorgen ergeben. Pandemiebedingt sei es zu einem verstärkten sozialen Rückzug gekommen. Der Beschwerdeführer tendiere insgesamt dazu, sich als Opfer der Umstände zu betrachten, was sich ungünstig auf seine Selbstwirksamkeitserleben und den Heilungsverlauf auswirke. Bezüglich seiner Schmerzsituation wirke er desillusioniert. Er glaube nicht mehr an eine Verbesserung durch therapeutische Massnahmen. Er sehe sich nicht mehr arbeitsfähig, da er bereits eine IV-Massnahme absolviert habe, die erfolglos geblieben sei (S. 3 Mitte).

Somatisch zeige der Beschwerdeführer ein dysfunktionales Schmerz- bzw. Vermeidungsverhalten. Die

Erarbeitung von Aktivitätszielen sei ihm trotz namhafter Unterstützung nicht gelungen. Er habe sich kaum in der Lage gefühlt, eher leichte Übungen auf tiefstem Belastungsniveau konsequent auszuführen. Die manuelle Befundung des Gelenkspiels sowie die manuelle Behandlung des linken (wohl: rechten) Schultergelenks habe er nicht toleriert. Die Beurteilung des Gelenksensgefühls sei somit nicht möglich gewesen, so dass das Vorliegen einer Kapsulitis klinisch nicht beurteilt werden können. Im radiologischen Befund des aktuellsten MRI seien diesbezügliche keine Angaben gemacht worden. Bei der Durchsicht derselben in domo durch die Konsiliar-Radiologen des Unispitals H.____ hätten sich bildmorphologisch darin keine Anzeichen für eine Kapsulitis ergeben (S. 3 unten). Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse

sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären, diesbezüglich sei auf die psychosomatische Beurteilung hinzuweisen (S. 4 oben).

Eine antidepressive Medikation zur Behandlung der Schlafstörungen und der Stimmungslage habe der Beschwerdeführer mit der Begründung abgelehnt, dass es ihm nicht derart schlecht gehe (S. 4 unten).

Die Tätigkeit als Gipser sei nicht zumutbar. Leichte Arbeiten seien ganztags zumutbar, wobei bezüglich rechter Schulter nur Tätigkeiten, welche selten bis maximal Schulterhöhe erfolgten, keine Schläge und Vibrationsbelastung und keinen körperfernen Krafteinsatz mit dem rechten Arm beinhalteten, möglich seien (S. 2 unten). Die festgestellte psychische Störung begründe keine arbeitsrelevante Leistungsminderung (S. 2 Mitte). 3.2.6

Suva-Kreisärztin I.____, Fachärztin für Chirurgie, hielt mit Bericht vom 31. Januar 2023 (Urk. 11/503) fest (S. 10 f.), es liege eine schmerzhafte Funktionsstörung mit Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes vor, dies als Folge der Schultergelenksluxation vom 17. Mai 2011 mit diversen operativen Eingriffen. Eine neuerliche Ruptur der erfolgten Patch-Augmentation liege nicht vor (Ziff. 1). Von weiteren Behandlungen sei keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes der rechten Schulter zu erwarten, eine inverse Schulterprothese lehne der Beschwerdeführer klar ab (Ziff. 2). Die angestammte Tätigkeit als Gipser sei - wie in der früher definierten Zumutbarkeitsbeurteilung bereits festgehalten - nicht mehr zumutbar (Ziff. 4). Dem Beschwerdeführer sei eine Tätigkeit in

voller Präsenz zumutbar, diese sollte leicht sein. Tätigkeiten sehr selten bis maximal Schulterhöhe, ohne Schläge und Vibrationen auf die rechte obere Extremität, ohne Tragen von Lasten am langen Hebel im Sinne eines körperfernen Krafteinsatzes, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten wegen allen falls verminderter Haltefunktion könne der Beschwerdeführer ausüben (Ziff. 5 und 6). 3.2.7

Dr. med.

J.____, Fachärztin für Chirurgie, RAD, kam in ihrer Stellung - nahme vom 4. April 2023 (Urk. 6/331 S. 8 f.) zum Schluss, die vorliegenden Untersuchungsergebnisse des Bewegungsausmasses der rechten Schulter vor (Gutachten 2018) und nach dem letzten operativen Eingriff (Austrittsbericht Reha G.____, Sprechstundenbericht C.____ vom März 2023) ergäben eine gleiche Beweglichkeit in der Innenrotation und der Retroversion. Die Anteversion sei nun um weitere 30° und die Abduktion um 10° eingeschränkt. Die grösste Einschränkung bestehe neuerdings in der Aussenrotation um ca. 50°. Eine Alltagsfunktion der Schulter bestehe weiterhin. Es habe im März 2023 eine depressive Stimmung, vorwiegend durch psychosoziale Belastungsfaktoren bedingt, bestanden. Ein Leidensdruck und die Motivation zur medikamentösen Behandlung hätten beim Beschwerdeführer nicht bestanden. Eine Leistungseinschränkung habe durch die affektive Störung nicht bestanden (S. 8).

Für die angestammte Tätigkeit als Gipser bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Mai 2011 gemäss den Vorakten. Es liege eine Zustandsverschlechterung der rechten Schulter vor, jedoch seien die Einschränkungen mit nur geringfügigen Änderungen im Belastungsprofil (vgl. S.

7) bereits berücksichtigt. Angepasst sei der Beschwerdeführer spätestens seit Mai 2022 vollständig arbeitsfähig. Auf die vorliegenden ärztlichen Berichte könne medizinisch-theoretisch abgestellt werden (S. 9) . 4. 4.1

Gemäss dem Bericht von RAD-Ärztin Dr. J.____ (E. 3.2.7) ist in somatischer Hinsicht von einer Zustandsverschlechterung der rechten Schulter dahingehend auszugehen, dass sich die Beweglichkeit der Schulter verglichen mit dem Zustand vom November 2019 bei gleichgebliebener Beweglichkeit der Innenrotation und der Retroversion verschlechtert hat, indem die Anteversion um weitere 30°, die Abduktion um 10° und die Aussenrotation um 50° eingeschränkt ist, wobei diese Verschlechterung lediglich geringfügige Änderungen im Belastungsprofil hervorgerufen hat. Dr. J.____ kam zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die ange stammte Tätigkeit als Gipser nicht mehr zumutbar ist, hingegen erachtete sie eine leichte angepasste Tätigkeit weiterhin zu einem 100%-Pensum als zumutbar. Auf diese versicherungsinterne Einschätzung kann abgestellt werden, sofern nicht auch nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit vorliegen. 4.2

Gegen die RAD-Einschätzung brachte der Beschwerdeführer vor, er habe als praktisch einarmiger zu gelten, und es habe sich in der Vergangenheit gezeigt, dass auch leichte Tätigkeiten zur Entzündung der Schulter führten (Urk. 1 S. 5 Ziff. 5). Dass er sich allerdings an leichten Tätigkeiten versucht hat, ist abgesehen vom Arbeitstraining, welches er nach zwei Monaten aufgrund von Schmerzen und psychischen Problemen abgebrochen hat (vgl. Urk. 6/142 S. 2), nicht aktenkundig. Vielmehr übte er Tätigkeiten in der Hauswartung (vgl. Urk. 6/144-149) und als Gipser (vgl. Urk. 11/319) aus. Dass diese Tätigkeiten zur Entzündung der Schulter führten, erscheint aufgrund des medizinischen Zustandes nachvollziehbar, entsprechen sie doch keineswegs einer schulteradaptierten Tätigkeit, für welche dem Beschwerdeführer bereits vor der Verschlechterung des Gesundheitszustandes eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (vgl. E. 3.1. 2). Inso weit der Beschwerdeführer vorbrachte, es sei seit der letztmaligen Rentenprüfung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 16), ist ihm allerdings in Bezug auf die rechte Schulter beizupflichten, wobei Dr. J.____ (E. 3.2.7) weiterhin eine vollständige Arbeitsfähigkeit bei lediglich geringfügigen Änderungen im Belastungsprofil, welches sie aus dem Gutachten von 2018 übernahm

(vgl. Urk. 6/331/7), bescheinigte. Dieses wurde von Kreisärztin I.____ (E. 3.2.6) übereinstimmend mit den Ärzten der Rehaklinik G.____ (E. 3.2.5) dahingehend aktualisiert und formuliert, dass dem Beschwerdeführer nur noch Tätigkeiten zumutbar sind, die sehr selten bis maximal Schulterhöhe auszuüben sind, keine Schläge und Vibrationen auf die rechte obere Extremität verursachen, sowie kein Tragen von Lasten am langen Hebel im Sinne eines körperfernen Krafteinsatzes und kein Besteigen von Leitern und Gerüsten erfordern. Auf die von Kreisärztin I.____ attestierte Arbeitsfähigkeit stellte im Übrigen auch der Unfallversicherer in seinem in Rechtskraft erwachsenen Entscheid ab (vgl. Urk. 11/548).

Der Beschwerdeführer monierte weiter, es sei nicht nachvollziehbar, dass die Ärzte der Rehaklinik G.____ die Capsulitis

adhaesiva nicht als eigene Diagnose aufgeführt hätten und aus deren Bericht nicht klar hervorgehe, ob diese einfach übersehen bzw. vergessen worden sei oder sie bewusst zu einer anderen Einschätzung gelangt seien als Dr. B.____ (Urk. 1 S. 7 Ziff. 19). Dem ist entgegen zuhalten, dass Dr. B.____ (E. 3.2.2) dem Beschwerdeführer trotz der diagnostizierten Capsulitis spätestens ab dem 17. Februar 2022 eine dem Leiden angepasste

Tätigkeit theoretisch wieder zu 100 % als zumutbar erachtete. Trotz weitherin geklagter Schmerzen konnte er bildgebend keine Ruptur, insbesondere keine Ruptur der Patch-Augmentation finden, weshalb er die Bewegungseinschränkung auf die Capsulitis zurückführte. Davon zeigten sich die von der Rehaklinik G.____ (E. 3.2.5) zugezogenen Radiologen allerdings nicht überzeugt, fanden sie doch bildmorphologisch keine Anzeichen einer Capsulitis. Klinisch konnte diese auch nicht konklusiv beurteilt werden, weshalb die Ärzte der Rehaklinik G.____ vielmehr auf ein dysfunktionales Schmerz- bzw. Vermeidungsverhalten schlossen. Damit haben sie in ihrem Bericht sehr wohl und überzeugend dargelegt, dass sie vom Vorliegen einer Capsulitis

adhuc a se nicht überzeugt sind. Diese Einschätzung erachtete im Übrigen auch Kreisärztin I.____ (E. 3.2.6) als plausibel (vgl. Urk. 11/503 S. 9 unten). Im Übrigen ist nicht die gestellte Diagnose, sondern die funktionellen Einschränkungen ausschlaggebend (Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 E. 5.1). Diese wurden von allen involvierten Ärzten in etwa gleich beschrieben.

Anzuführen bleibt ausserdem, dass in den aktuellen medizinischen Berichten - anders als im Gutachten vom September 2018 (E. 3.1) - keine lumbospondylogene Schmerzen mehr erwähnt werden, womit diesbezüglich von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen ist.

Zusammenfassend ist in somatischer Hinsicht davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aufgrund der Re-Re-Ruptur der posterosuperioren

Rotatorenmanschette verschlechtert hat. Spätestens aber nach Abschluss der stationären Therapie in der Rehaklinik G.____ nach der Rekonstruktion und somit ab 10. Mai 2022 bestand in einer behinderungsangepassten Tätigkeit wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. 4.3

Was die behaupteten psychischen Beschwerden betrifft, wurde im polydisziplinären Gutachten vom September 2018 (E. 3.1.3) die Diagnose einer Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Rentenneurose; F68.0) genannt und ein Verdacht auf spezifische (isolierte) Phobien (F40.2) geäußert. Laut dem Gutachten war die Arbeitsfähigkeit dadurch nicht beeinträchtigt. Die psychosomatische Abklärung in der Rehaklinik G.____ anlässlich des stationären Aufenthaltes im Frühjahr 2022 (E. 3.2.5) ergab eine leichte depressive Episode (F32.0), welche keine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründete. Wenn auch unterschiedliche Diagnosen genannt wurden, so unterscheiden sich doch die erhobenen Psychostati nicht wesentlich: Anlässlich der Begutachtung im Jahr 2018 standen die finanziellen Sorgen im Vordergrund und der Beschwerdeführer forderte zum Ausgleich für seinen Unfall eine Rente, war emotional aber zugewandt, gut schwingungsfähig und ohne Affektinkontinenz (Urk. 6/241/18-59 S. 59). Anlässlich der Untersuchung in der Rehaklinik G.____ kreisten seine Gedanken weiterhin um seine finanzielle Situation und existenzielle Sorgen. Die affektive Grundstimmung war allerdings zum depressiven Pol hin ausgelenkt, und es bestand eine Affektlabilität, wobei der Beschwerdeführer aber schwingungsfähig war (Urk. 6/303 13-15 S. 3). In der Grundstimmung belasteten den Beschwerdeführer somit weiterhin die finanziellen Sorgen, allerdings war seine Stimmung vordergründig weniger fordernd, dafür leicht depressiv. Insofern kann von einer Veränderung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden, wobei sich die Veränderung nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Der Beschwerdeführer

lehnte denn auch eine antidepressive Medikation zur Behandlung der Schlafstörungen und der Stimmungslage ab, mit der subjektiven Begründung, er fühle sich nicht derart schlecht (vgl. E. 3.2.5). Allein aus dem Umstand, dass im Laufe des Jahres 2022 Konsultationen bei einem Psychotherapeuten stattfanden (vgl. Urk. 15), vermag der Beschwerdeführer die Einschätzung der Fachärztin der Rehaklinik G.____, wonach keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychische Störung vorliegt, nicht zu entkräften. Angesichts des sen, dass der Beschwerdeführer die Psychotherapie wieder aufgegeben hat, ist zu schliessen, dass sich die depressive Störung seit dem Aufenthalt in der Rehaklinik G.____ nicht verschlimmert hat und sind von weiteren Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten.

Damit ist auch in psychiatrischer Hinsicht von keiner wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung im Jahr 2018 und von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen. 4.4

Nach dem Dargelegten liegen keine auch nur geringe n Zweifel vor, die gegen den Beweiswert des RAD-Berichts von Dr. J.____

sprechen ,

weshalb auf diesen abzu stellen ist. Von weitergehenden Abklärungen sind dementsprechend keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Gestützt auf den RAD-Bericht ist somit davon auszu gehen, dass der Beschwerdeführer bis zum 9. Mai 2022 in jeder Tätigkeit arbeits unfähig war, er aber seit dem 10. Mai 2022 in behinderungsangepasster Tätigkeit wieder vollständig arbeitsfähig ist. 5.

5.1

Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40

Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind (Art. 28 Abs. 1 lit . b und c IVG). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). 5.2

Wurde die Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben, erreicht dieser jedoch in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzu führenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass, so werden gemäss Art. 29 bis IVV bei der Berechnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG früher zurückgelegte Zeiten angerechnet.

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. 5.3

Der Beschwerdeführer bezog bei gleichem Leiden von Juni 2012 bis September 2013 eine befristete ganze Invalidenrente (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.2). Die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist frühestens mit der Neuankündigung vom 27. August 2020 (Urk. 6/269; vgl. auch Urk. 11/305) aktenkundig. Damit sind seit der

Rentenaufhebung per September 2013 mehr als drei Jahre vergangen, weshalb Art. 29 bis IVV nicht zur Anwendung gelangt. Der Beschwerdeführer hat daher die Wartezeit von einem Jahr zu erfüllen. Vorliegend war das Wartejahr im Juli 2021 erfüllt. Zu diesem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer in jeder Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig war, weshalb er ab August 2021 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

Von der Verbesserung des Gesundheitszustandes ist ab Mai 2022 auszugehen, was sich damit ab August 2022 anspruchrelevant auswirkt. In welchem Umfang ab August 2022 eine Erwerbsunfähigkeit bestand, ist nachfolgend zu prüfen.

E. 6

3

In Anlehnung an das von der Beschwerdegegnerin anlässlich der erstmaligen Rentenzusprache ermittelte Valideneinkommen von Fr. 76'635. im Jahr 2009 (vgl. Urk. 6/35) betrug dieses im Jahr 2022 unter Berücksichtigung des Nominal lohnindexes der Männer von 2136 Punkten im Jahr 2009 und 2305 Punkten im Jahr 2022 (BFS, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976 -2023, T39) Fr. 82'698. (Fr. 76'635.

: 2136 x 2305) .

E. 6.1

Für Revisionsfälle ist der Zeitpunkt der massgebenden Änderung nach Art. 88a IVV für das anwendbare Recht entscheidend (vgl. vorstehend E. 1.1). Gemäss BGE 150 V 323 E. 4.4 ist sodann in Anwendung der allgemeinen Grundsätze des intertemporalen Rechts bei der Beurteilung von Leistungsansprüchen wegen Gesundheitschäden und Invalidität, die nach dem 1. Januar 2022 andauern, das an diesem Datum in Kraft getretene neue Recht anwendbar. Mithin sind die am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Bestimmungen massgeblich.

E. 6.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog.

Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

Als Erwerbseinkommen im Sinne von Artikel 16 ATSG gelten gemäss Art. 25 Abs. 1 IVV mutmassliche jährliche Erwerbseinkommen, von denen Beiträge nach AHVG erhoben würden. Nicht dazu gehören indessen: a.

Leistungen des Arbeitgebers für den Lohnausfall infolge

Unfall

oder Krankheit bei ausgewiesener Arbeitsunfähigkeit; b.

Arbeitslosenentschädigungen, Erwerbsausfallentschädigungen nach EOG und Taggelder der Invalidenversicherung.

Die massgebenden Erwerbseinkommen nach Artikel 16 ATSG sind in Bezug auf den gleichen Zeitraum festzusetzen und richten sich nach dem Arbeitsmarkt in der Schweiz (Art. 25 Abs. 2 IVV).

Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte nach Absatz 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV).

E. 6.4

Für die Ermittlung des Invalideneinkommens sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3).

Zur Bemessung des Invalideneinkommens ist das standardisierte monatliche Einkommen von Fr. 5'261. für Männer im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art; LSE 2020, publiziert am 23. August

2022,

TA1_tirage-skill-level) heranzuziehen, welches unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2022 von 41.7 Stunden pro Woche (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Q8) sowie der Nominallohnentwicklung von 2298 Punkten im Jahr 2020 und 2305 Punkten im Jahr 2022 (BFS, Entwicklung der Nominallöhne, a.a.O.) hochzurechnen ist, was ein Jahreseinkommen von Fr. 66'016. ergibt ($\text{Fr. } 5'261. \times 12 : 40 \times 41.7 : 2298 \times 2305$).

E. 6.5

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Artikel 49 Absatz 1 bis von 50 Prozent oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert zehn Prozent für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26 bis Abs. 3 IVV).

Das Bundesgericht hat diese Verordnungsbestimmung jedoch hinsichtlich der damit beabsichtigten abschliessenden Ordnung des Abzugs vom Tabellenlohn als bundesrechtswidrig qualifiziert. Soweit aufgrund der Umstände des konkreten Falles ein Bedarf besteht, über die in der IVV geregelten Korrekturinstrumente hinaus Anpassungen am LSE-Tabellenlohn vorzunehmen, ist ergänzend auf die bisherigen Grundsätze der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zurückzugreifen (BGE 150 V 410).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Lohndaten wie namentlich der LSE ermittelt, ist der so erhobene Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 142 V 178 E. 1.3, 124 V 321 E. 3b/ aa) und die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2, 126 V 75 E. 5b/ aa

i.f.). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2, 126 V 785 E. 5b/ bb -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug vom Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leistungsbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (zum Ganzen: BGE 148 V 174 E. 6.3 mit Hinweis auf BGE 146 V 16 E. 4.1 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_770/2023 vom 11. Juli 2024 E. 6.1).

E. 6.6

Das umschriebene Zumutbarkeitsprofil gestattet dem Beschwerdeführer eine leichte, die rechte Schulter schonende vollzeitliche Tätigkeit. Selbst wenn von einer funktionellen Einarmigkeit auszugehen wäre (vgl. Urk. 1 S. 5 Ziff. 5), bietet der massgebliche ausgeglichene Arbeitsmarkt hinreichend Stellen an, welche dem gegebenen Zumutbarkeitsprofil entsprechen, zu denken ist etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten. Eine unterdurchschnittliche erwerbliche Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist daher nicht zu erwarten, weshalb für einen leistungsbedingten Abzug vom Tabellenlohn kein Raum bleibt.

Der Vergleich zwischen Validen- und Invalideneinkommen ergibt eine Einkommenssenkung von Fr. 16'682. (Fr. 82'698. - Fr. 66'016.) beziehungsweise einen Invaliditätsgrad von 20 % (Fr. 16'682. x 100

: Fr. 82'698.). Damit besteht ab September 2022 kein Rentenanspruch mehr .

E. 7

Nach dem Dargelegten hat der Beschwerdeführer von August 2021 bis August 2022 Anspruch auf eine befristete ganze Invalidenrente. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen.

E. 8.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800. festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie den Parteien je hälftig aufzuerlegen.

E. 8.2

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ,

GSVGer). Unter Berücksichtigung eines gerichtsblichen Ansatzes von Fr. 280. pro Stunde zuzüglich Mehrwertsteuer ist die Parteientschädigung auf

Fr. 1'500. (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen . Das Gericht erkennt:
1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 15. Februar 2024 aufgehoben , und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer von August 2021 bis August 2022 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Josef Flury -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 15 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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
Grieder-Martens Tiefenbacher

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