

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00260 vom 5. Februar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-02-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00260

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00260 du 5 février 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00260 del 5 febbraio 2021

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1966, war ab August 2003 für die Y.____ (vormals: Z.____) als angelernter Gipser tätig (Urk.

E. 1.2

Am 25. Juni 2005 hatte sich der Versicherte bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung angemeldet (Urk.

E. 1.3

Anfang August 2010 leitete die IV-Stelle berufliche Massnahmen ein (Urk.

E. 1.4

Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen für die Folgen der Unfälle vom 5. Mai 20

E. 1.5

Ab dem 3. August 2012 hatte die IV-Stelle Arbeitsvermittlung für den Versicherten aufgenommen (Urk. 6/172). Mit Mitteilung vom 7. November 2012 übernahm sie die Kosten für einen Ausbildungskurs in Deutsch vom 6. bis 23. November 2012 (Urk. 6/174). Am 11. Januar 20

E. 1.6

Die IV-Stelle holte in der Folge die Berichte von Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, von der L.____

vom 4. Juni 2018 (Urk. 6/310/4-5), von Dr. med.

M.____, Fachärztin für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, vom 25. Juni 2018 (Urk. 6/314/5-7) und vom 10. Januar 2019 (Urk. 6/321/1) sowie von Dr. med. N.____, praktischer Arzt, vom 19. April 2019 (Urk. 6/328) ein.

Ausserdem nahm Dr. med. O.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) am 9. August 2018 (Urk. 6/333/4-6), am 29. Oktober 2018 (Urk. 6/333/7) und am 1. Juli 2019 (Urk. 6/333/8-9) zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten ab Oktober 2003 und zur Eingliederungsfähigkeit Stellung. Gestützt darauf kündigte die IV-Stelle im Vorbescheid vom 16. September 2019 für die Zeit ab Juni 2004 die Zusprache einer halben Rente ab dem 1. August 2017 an (Urk. 6/334). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 23. September 2019, ergänzt mit Schreiben vom 20. Dezember 2019, Einwände (Urk. 6/335, Urk. 6/340). Mit Verfügung vom 16. März 2020 (Urk. 2) stellte die IV-Stelle wie angekündigt fest, dass der Versicherte Anspruch auf eine halbe Rente ab dem 1. August 2017 habe (Urk. 2 S. 3); dabei sprach sie ihm zunächst die laufende Rente

ab dem 1. April 2020 zu und verwies für die Zeit vom 1. August 2017 bis 31. März 2020 auf eine spätere Verfügung (Urk. 2 S. 1).

2.

Der Versicherte erhob mit Eingabe vom 28. April 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. März 2020 und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm ab dem 1. Oktober 2004 bis Mitte 2009, eventualiter bis am 31. März 2006, eine ganze Rente, ab Juli 2013 eine Viertelsrente und ab Mai 2016 eine halbe Rente, eventualiter eine Viertelsrente, zuzusprechen. Die Rentenzusprache ab August 2017 werde nicht bestritten (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 3. Juni 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Mit Verfügung vom 12. Juni

2020 wurde die Vorsorgeeinrichtung des Beschwerdeführers, die Sammelstiftung Vita, zum Verfahren beigelegt (Urk. 7), welche sich mit Eingabe vom 10. August 2020 dem Antrag der Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde anschloss und im Übrigen auf eine Stellungnahme verzichtete (Urk. 10). Dies wurde den Parteien am 18. August 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision und am 1. Dezember 2012 die im Zuge der IV-Revision 6a revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten. In materiell-rechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 16. März 2020 (Urk. 2) ergangen, wo bei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 und der revidierten Bestimmungen der IV-Revision 6a am 1. Januar 2012 begonnen hat (vgl. Anmeldung vom 25. Juni 2005, Urk. 6/3). Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab dem 1. Januar 2008 auf die neuen Normen der 5. IV-Revision respektive ab dem 1. Januar 2012 der IV-Revision 6a abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445; Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1; zur 5. IV-Revision: Urteil des Bundesgerichts 8C_829/2008 vom 23. Dezember 2008 E. 2.1). Dies fällt materiell-rechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision und die IV-Revision 6a hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht haben, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. zur 5. IV-Revision: Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2).

Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung zitiert. 2. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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). 2.2 2.2.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG und Art. 3 Abs. 1 sowie Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierte Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.2.2

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 142 V 342) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte «Foerster-Kriterien», vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 49 E. 1.2, je wiedergegeben BGE 139 V 547 E. 5 mit weiteren Hinweisen).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2).

An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenan-sprechenden Person - hat sich dadurch nichts geändert. Im Grunde konkretisieren die in BGE 141 V 281 E. 4 und E. 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die

gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweibelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 142 V 106 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2017 vom 28. Februar 2018 E. 6.3).

Gemäss BGE 143 V 418 (E. 7) sind neu sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 (E. 4.5.2) namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Gleiches gilt gemäss BGE 145 V 215 bezüglich fachärztlich einwandfrei diagnostizierter Abhängigkeitssyndrome beziehungsweise Substanzkonsumstörungen (E. 5.1 und E. 5.3.3).

2.3

2.3.1 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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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 in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung).

2.3.2

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 ausgeglichener 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 Invaliditäts grad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

2.4

Rechtsprechungsgemäss sind die Revisionsbestimmungen (Art.

E. 6

/ 1 60/1 , Urk. 6/225/334-335). Mit Mitteilung vom 7. März 2012 stellte die IV-Stelle den vorläufigen Abbruch des Arbeitstrainings per 25. Januar 2012 fest (Urk. 6/149).

E. 6.1

Strittig und zu prüfen ist des Weiteren die Arbeitsfähigkeit und der Rentenanspruch nach Abschluss der letzten Taggeldzahlung im Rahmen der beruflichen Massnahmen per 14. Juli

2013 (Urk. 6/193) bis zum Zeitpunkt der von der Beschwerdegegnerin anerkannten dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ab Mai 2017 (Urk. 2 S. 3 f.), mithin bis Ende April 2017.

E. 6.2.1

Im Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2016.01135 vom 22. Dezember 2017 wurde zum Zeitraum vom 15. Juli 2013 bis am 10. Mai 2016 (E. 3.3.2; Urk. 6/296/9) festgestellt, dass dem bidisziplinären

I.____-Gutachten vom 10. Mai 2016 (Urk. 6/258) volle Beweiskraft zukomme und die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf abgestellt habe (E. 4.2; Urk. 6/296/10-12).

Und zwar waren die I.____-Gutachter PD Dr. med. JJ.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, der den Beschwerdeführer am 8. und 9. Februar 2016 mit zusätzlicher Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) untersucht hat, und der Psychiater Dr. II.____, der am 17. Februar 2016 eine psychiatrische Exploration durchgeführt hat (vgl. psychiatrisches Teilgutachten vom 26. Februar 2016; Urk. 6/255), gemäss dem Gutachten vom 10. Mai 2016 zum Schluss gekommen, es seien insgesamt die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen: Periarthropathia

humeroscapularis

partim

ankylosana links mit/bei persistierendem chronischem Schmerzsyndrom und erheblicher Funktionseinschränkung der Schulter links, Arthrofibrose im Bereich des linken Ellbogens, Handgelenksarthrose links, Periarthropathia

genus links mit/bei persistierendem Extensionsdefizit und aktuell strukturell mässiger medialer Gonarthrose, chronische Epicondylitis

radialis rechts überwiegend myofaszial bedingt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie die folgenden auf: Arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt seit 10 Jahren, leichte Adipositas (BMI 30 kg/m²), Zustand nach Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), gegenwärtig vollständig remittiert (Urk. 6/258/30-31). Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich keine Einschränkung. Insgesamt bestehe in der angestammten Tätigkeit als (angelernter) Gipser eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine leidensangepasste, wechselbelastende und leichte bis knapp mittelschwere Tätigkeit sei ganztags mit zusätzlichen Pausen von zwei Stunden zumutbar. Es würden sich keine Anhaltspunkte dafür ergeben, weshalb diese Arbeitsfähigkeit nicht bereits seit Abschluss der Eingliederungsmassnahmen im September 2014 gegeben sei. Die zum Zeitpunkt der Begutachtung ausgeübte 50%ige

Tätigkeit als Kurier halbtags (Urk. 6 /258/38) entspräche einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit und sei dem Beschwerdeführer mindestens in diesem Umfang zumutbar (Urk. 6 /258/32-33).

Das Gericht hat dazu festgehalten, dass die von den I.____-Gutachtern attestierte ganztägige Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis knapp mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit mit zusätzlichen Pausen von zwei Stunden über den Tag verteilt (Urk.

6/258/32-33) einem 76%igen Pensum entspreche und entgegen der (auch in diesem Verfahren für die Zeit ab September 2014 weiterhin vertretenen ; Urk. 2 S. 4 f.) Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht einem 80%igen Pensum (41,7 h/Woche - [5 x 2h] = 31,7 h/Woche = 76 % ; E. 4.3.2; Urk. 6/296/12) . Dabei gelte das folgende Belastungsprofil: Zumutbar seien wechselbelastende, leichte bis höchstens knapp mittel schwere, die linke obere Extremität schonende Tätigkeiten ohne regelmässiges Treppabsteigen und Gehen auf unebenem Gelände, ohne Arbeiten über Schulterhöhe und in Hockstellungen, ohne Ziehen und Stossen, ohne überwiegend stehende oder überwiegend sitzende Arbeiten (Urk. 6 /258/32 ; E. 4.3.3, Urk. 6/296/12-13). Diese Arbeitsfähigkeit habe bereits für die Zeit ab Mitte Juli 2013 Gültigkeit . Denn gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten sei aus psychiatrischer Sicht eine volle Eingliederungsfähigkeit bereits ab (Mitte) 2009 festgestellt worden, in somatischer Hinsicht seien keine Hinweise auf zusätzliche Beschwerdebilder bezüglich der Zeit von Mitte Juli 2013 bis September 2014 zu entnehmen und der Beschwerdeführer sei in dieser Zeit mit Unterstützung der Arbeitslosenversicherung (Urk. 6/201/4-5) und vom 4. Dezember 2013 bis 4. August 2014 im Auftrag der Beschwerdegegnerin von H.____ (Urk. 6/220) auf Arbeitssuche für eine Tätigkeit in einem Pensum von 60 bis 100 % gewesen. Ausserdem sei das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich

bereits im Urteil UV.2014.00024 vom 12. August 2015 (Urk. 6/242/25) , mit welchem die unfallbedingten Beschwerden des Beschwerdeführers an der linken oberen Extremität und an den beiden Knien bei der Prüfung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einbezogen worden sei, zum Schluss gekommen, dass spätestens ab Januar 2013 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, wechselbelastenden, die linke obere Extremität nicht belastenden und knieschonenden Tätigkeit auszugehen sei. Dies habe auch unter Einbezug der nicht-unfallbedingten Beschwerden an der rechten oberen Extremität zu gelten , zumal diesbezüglich in den Berichten von Dr. HH.____ von der Orthopädie der D.____ vom 6. Mai 2010 und vom 11. September 2013 (Urk. 6/80/8-9, Urk. 6/200/1) ausser Druckschmerz keine bildgebend oder klinisch festgestellten Befunde aufgeführt worden seien und die Schmerzzunahme nach der zu schweren Tätigkeit als Fugengips

mit der 100%igen Arbeitsunfähigkeit

als Gipser vereinbar sei. Ausserdem seien

die rechtsseitigen Ellbogenbeschwerden im I.____-Gutachten vom 10. Mai 2016 mit der Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einer chronischen Epicondylitis radialis rechts überwiegend myofaszial bedingt (Urk. 6/258/31) ebenfalls berücksichtigt worden (E. 4.2.2-3, Urk. 6/296/11-12).

E. 6.2.2

Von diesen gerichtlichen Feststellungen im Urteil IV.2016.01135 vom 22. Dezember 2017 ist auch in diesem Verfahren auszugehen, zumal sich keine anderen Erkenntnisse aus den

vorliegenden Akten ergeben.

Dagegen kann die Annahme der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid, es habe seit

Mitte Juli 2013 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ohne zusätzlichen Pausenbedarf bestanden und ab September 2014 aufgrund eines Pausenbedarfs von 20 % eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (Urk. 2 S. 4 f.), nicht gefolgt werden. Insbesondere ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welcher den zusätzlichen Pausenbedarf auf diesen Zeitpunkt hin (September 2014) erklären würde,

nicht aktenkundig. Dieser Zeitpunkt bezieht sich vielmehr auf das Ende der Arbeitsvermittlung im Rahmen der damit definitiv abgeschlossenen beruflichen Massnahmen (Mitteilung vom 22. September 2014, Urk. 6/221) und wurde im I.____-Gutachten daher als Zeitpunkt bezüglich des Beginns ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit genannt («Zeitlicher Verlauf: Es ergeben sich keine Anhaltspunkte, weshalb diese zumutbare Arbeitsfähigkeit nicht bereits seit Abschluss der Eingliederungsmassnahmen im September 2014 gegeben war.»; Urk. 6/258/33). Wie im Urteil IV.2016.01135 vom 22. Dezember 2017 ausgeführt wurde, hat die Einschätzung der I.____-Gutachter

ausserdem

bereits ab Mitte Juli 2013 (Einstellung der Taggelder per 14. Juli 2013, Urk. 6/193) Gültigkeit (E. 4.2.2-3; Urk. 6/296/11-12). Davon ist auch in diesem Verfahren auszugehen. Der von den I.____-Gutachtern attestierte zusätzliche Pausenbedarf von zwei Stunden pro Tag ist somit entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht erst ab September 2014, sondern bereits ab Mitte Juli 2013 beachtlich.

E. 6.2.3

Somit ist für die Zeit ab Mitte Juli 2013 (Einstellung der Taggelder per 14. Juli 2013, Urk. 6/193) bis mindestens zur I.____-Begutachtung Mitte Februar 2016 (Urk. 6/258/1) von der folgenden Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen: Dem Beschwerdeführer waren wechselbelastende, die linke obere Extremität schonende, leichte bis knapp mittelschwere Tätigkeiten (Heben und Tragen von maximal 15 Kilogramm) in einem 76%igen Pensum (ganztägige Anwesenheit mit zusätzlichen Pausen von zwei Stunden) ohne regelmässiges Treppabsteigen und Gehen auf unebenem Gelände, ohne Arbeiten über Schulterhöhe und in Hockstellungen, ohne Ziehen und Stossen, ohne überwiegend stehende oder überwiegend sitzende Arbeiten zumutbar.

E. 6.3.1

Betreffend die Zeit nach der I.____-Begutachtung Anfang 2016 macht der Beschwerdeführer

eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Operation am rechten Ellbogen am 1. Mai 2016 geltend; er sei seither zu 50 % arbeitsfähig, weshalb bereits ab August 2016 eine halbe Rente geschuldet sei (Urk. 1 S. 8). Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid dagegen auf den Standpunkt, dass es sich dabei lediglich um eine vorübergehende, nicht leistungsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes gehandelt habe und eine dauerhafte Verschlechterung erst per Mai 2017 eingetreten sei (

Urk. 2 S. 5 f.).

E. 6.3.2

Aus den vorliegenden Akten geht in medizinischer Hinsicht ab Mitte Februar 2016 das Folgende hervor.

Der orthopädische Chirurg und Handchirurg Dr. J.____ behandelte den Beschwerdeführer , der im Catering (Auslieferung) gearbeitet habe (Urk. 6/271/1), gemäss den Berichten zuhanden der Krankentaggeldversicherung Helsana vom 16. März und 4. Mai 2016

ab dem 16. Februar 2016 wegen Schmerzen am rechten Arm, welche durch einen beim Versicherer durchgeführten Belastungstest ausgelöst worden seien. Als Diagnose sei eine Epicondylitis

humeri

radialis und ulnaris rechts zu stellen. Bei ausgeschöpfter konservativer Therapie werde eine Operation am 11. Mai 2016 geplant. Zur Frage der Zumutbarkeit einer leidensangepassten Tätigkeit erklärte Dr. J.____ , eine solche sei präoperativ sinnlos. Postoperativ sei keine Belastung für sechs Wochen und eine volle Belastung nach 12 Wochen möglich. Am aktuellen Arbeitsplatz als Auslieferer habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 16. Februar bis 15. März, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 16. bis 30. März 2016 und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 31. März 2016 bestanden. Es sei eine deutlich eingeschränkte Belastbarkeit des rechten Armes gegeben, eine Belastung des rechten Armes sei nicht möglich (Urk. 6/271/1-3, Urk. 6/271/5-7).

Laut dem Operationsbericht von Dr. J.____ vom 11. Mai 2016 wurde der Beschwerdeführer bei der Diagnose einer Epicondylitis

humeri

radialis rechts mittels einer Denervierung mit Verlängerungsplastik der Extensorensehne am rechten Ellenbogen operiert. Das weitere Procedere wurde wie folgt festgehalten: Oberarm-Gippschiene für drei Wochen, Fadenentfernung nach zwei Wochen, funktionelle Mobilisation nach drei Wochen, Belastungsaufbau nach sechs Wochen (Urk. 6/265).

Dem undatierten Bericht von Dr. J.____ zuhanden der Beschwerdegegner in

ist zu entnehmen, die zunächst letzte Behandlung habe am 8.

September 2016 stattgefunden ; eine weitere Kontrolle sei nicht geplant . Der postoperative Verlauf sei anfänglich gut gewesen, anschliessend seien indes generalisierte Beschwerden am rechten Arm aufgetreten. Als ärztliche Befunde seien diffuse Schmerzpunkte und Muskelverhärtungen am rechten Arm ohne handchirurgisches Korrelat festgestellt worden. Er habe als gegenwärtige Behandlung eine Schmerzsprechstunde empfohlen und eine solche Überweisung vorgenommen. Die Prognose sei unklar. Eine Arbeitsunfähigkeit bezüglich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (als Auslieferer) habe er im folgenden Umfang attestiert: 100 % vom 16. Februar bis 15. März, 50 % vom 16. bis 30. März 2016 , 100 % vom 11. Mai bis 31. August 2016 , 50 % vom 1. bis 5. September 2016 und 100 % ab dem 6. September 2016. Weiterhin sei am rechten Arm keine Belastbarkeit gegeben, wobei in der aktuellen Tätigkeit Arbeiten ohne den rechten Arm nicht möglich seien; die bisherige Tätigkeit sei daher dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei nur ohne Belastung des Armes respektive ohne Armeinsatz möglich. Die se

Einschränkung lasse sich eventuell mit einer Schmerztherapie vermindern, mit (weiteren) handchirurgischen Massnahmen könne keine Verminderung der Einschränkung erreicht werden (Urk. 6/283/1-3).

Aus der Taggeldkarte für die Kollektiv-Taggeldversicherung geht hervor, dass Dr. J. ___ auch für den Zeitraum vom 31. März 2016 bis zur Operation vom 11. Mai 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte (Urk. 6/271/8).

Gemäss dem Bericht von Dr. J. ___ an den Hausarzt Dr. N. ___ vom 12. September 2016 hat sich der Beschwerdeführer mit diffusen Schmerzen in der gesamten oberen Extremität, neu auch mit massiven Schulterschmerzen, vorgestellt, nachdem er am 1. September 2016 wieder einen Arbeitsversuch zu 50 % gestartet habe. Diesen habe er schmerzbedingt am 5. September 2016 abbrechen müssen, so dass er seit dem 6. September 2016 wieder zu 100 % arbeitsunfähig sei. Er, Dr. J. ___, sehe die Schmerzsymptomatik beim Beschwerdeführer im Rahmen einer generalisierten Schmerzproblematik, weshalb er ihn in die Schmerztherapie im KK. ___ einbinden lassen möchte. Aus handchirurgischer Sicht bestünden momentan keine sinnvollen Therapie möglichkeiten (Urk. 6/284/7).

Der orthopädische Chirurg Dr. K. ___ von der L. ___, der den Beschwerdeführer ab März 2018 nach vierjähriger Unterbrechung erneut behandelt habe, hielt im Bericht vom 4. Juni 2018

die folgenden Diagnosen fest: Psoriasis Arthritis, cervico radikuläres Schmerzsyndrom C6 links bei diskogener

neuroforaminaler Stenose C5/C6 links mit Kompression der Wurzel C5 links (MRT HWS vom 3. April 2018), thorakolumbales Schmerzsyndrom, beginnende mediale Gonarthrosen beidseits bei Status nach Kniegelenksarthroskopie mit medialer Teilmeniskektomie links am 9. Februar 2012 und rechts am 13. Juli 2011, Status nach Ellbogenluxationsfraktur 2003 rechts, Status nach arthroskopischer

Supraspinatus-Reinsertion 2005, Frozen

Shoulder links. Der Beschwerdeführer habe sich bei ihm wegen persistierende r Knieschmerzen und Schmerzen am oberen Sprunggelenk (OSG) gemeldet. Diese Schmerzen würden bei zunehmenden Schulter- und Nackenbeschwerden jedoch im Hintergrund

stehen. Aus orthopädischer Sicht habe sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der letzten Beurteilung vom 21. Mai 2015 nicht verändert. Die mittlerweile von den Rheumatologen der LL. ___ diagnostizierte Psoriasis, wahrscheinlich auch mit Psoriasis Arthritis, bestätige hingegen, dass der Beschwerdeführer auch in einer leidensangepassten Tätigkeit höchstens zu 50 % arbeitsfähig sei. Diese Diagnose könnte die Diskrepanz zwischen den Beschwerden und den konventionell-radiologisch nur mässig ausgeprägten Befunden erklären (Urk. 6/310/4-5).

Die Rheumatologin Dr. M. ___

vom LL. ___ führte im Bericht vom 25. Juni 2018

aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert. Beim Beschwerdeführer sei Anfang 2017 die Diagnose einer Psoriasis Arthritis (Erstdiagnose Mai 2017) und seit Februar 2018 die Diagnose eines cervicoradikulären Schmerzsyndroms C6 links gestellt worden. Bezüglich der cervicalen Diskushernie sei grundsätzlich von

einem gutartigen Verlauf auszugehen. Eine Operationsindikation bestehe zurzeit nicht und es sei eine Nervenwurzelinfiltration geplant. Die Psoriasis sei insgesamt schwierig von den übrigen posttraumatischen Gelenkschmerzen abzugrenzen, allerdings bestehe klar ein eigenständiges Krankheitsbild. Inwiefern ein Teil der Gelenkschmerzen unter der aktuellen medikamentösen Behandlung verschwinden werde, werde sich erst im Verlauf zeigen. Der Beschwerdeführer sei derzeit in der aktuellen Tätigkeit als Lieferant mit Autofahren und Heben von Lasten bis 10 Kilogramm zu maximal zwei bis drei Stunden mit reduzierter Leistungsfähigkeit arbeitsfähig. Eine leichte Tätigkeit sei ihm in einem Umfang von 50 % zumutbar

(Urk. 6/314/5-7).

Dr. K.____ führte im Bericht vom 28. März 2019 zusätzlich zu den bekannten Diagnosen jene einer postoperativ rupturierten Baker-Zyste rechts und den Status nach Kniegelenksarthroskopie rechts mit Resektion des medialen Meniskus hinterhornes und des lateralen Vorderhornes am 25. Februar 2019 bei symptomatischer medialer Meniskusläsion am Knie rechts sowie eine laterale Bandläsion OSG rechts auf. Im Anschluss an die postoperative Verlaufskontrolle sei es zu einer Exazerbation der Schmerzen im Unterschenkel gekommen. Für diese akuten Schmerzen könne die im Ultraschall festgestellte rupturierte Baker-Zyste durchaus verantwortlich sein. Die Beschwerden seien mittlerweile spontan deutlich zurückgegangen. Die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit werde nochmals für eine Woche verlängert, anschliessend bestehe für drei Wochen eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, ab Ende April 2019 dann wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/328/4-5).

Der RAD-Arzt Dr. O.____ befand in seiner abschliessenden Stellungnahme vom 1. Juli 2019, es sei ab Mai 2017 eine dauerhafte Verschlechterung eingetreten, mit welcher sich eine Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit unter Meidung monotoner und/oder repetitiver Fehlhaltungen des Rumpfes und der Gelenke, dauerhafter schlagend stossender vibrierender Krafteinwirkungen sowie feuchtkalter und zugiger Arbeitsumgebung auf 50 % vermindert habe. Diese dauerhafte Verschlechterung sei aufgrund der ab Mai 2017 festgestellten Psoriasis Arthritis mit disseminiertem Haut- und Gelenkbefall sowie aufgrund des im April 2018 mittels MRT dokumentierten cervicoradikulären Schmerzsyndroms C6 links eingetreten. Wegen der Knie-Arthroskopie (vom 25. Februar 2019) habe zudem vom 25. Februar bis 28. März 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aufgrund der komplexen degenerativen und vor allem auch entzündlichen Veränderungen am Bewegungsapparat sei kaum eine Besserung zu erwarten. Die Einschränkungen in der angestammten Tätigkeit als ungelernter Gipser mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit sei aufgrund der chronisch entzündlichen schmerzhaften Funktions- und Belastungsstörung der Wirbelsäule und der Extremitäten-Gelenke (weiterhin) gegeben (Urk. 6/333/8-9).

E. 6.3.3

Wie sich aus diesen ärztlichen Berichten ergibt, klagte der Beschwerdeführer nach der I.____-Begutachtung mit EFL über eine Zunahme der Beschwerden an der rechten oberen Extremität, weswegen er unmittelbar danach am 16. Februar 2016 Dr. J.____ aufsuchte, der ab diesem Datum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der vom Beschwerdeführer damals ausgeübten Tätigkeit als Catering-Kurier (in einem zirka 50%igen Pensum; Urk. 6/258/26) attestierte und ihn nach Ausschöpfen der konservativen Therapie am 11. Mai 2016 mittels

einer Denervierung mit Verlängerungsplastik der Extensorensehne am rechten Ellbogen operierte (Urk. 6/284/9) .

Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ist damit trotz der Arbeitsunfähigkeitsatteste von Dr. J.____

erst ab dem 11. Mai 2016 aufgrund des operativen Eingriffs ausgewiesen, da die Beschwerden am rechten Ellbogen bereits seit mehreren Jahren bestanden , ohne dass dazu korrelierende Befunde erhoben werden konnten . Dr. J.____ führte in seinen Berichten ebenfalls keine neuen Befunde auf und stellte unverändert die Diagnose einer Epicondylitis

humeri

radialis rechts (Urk. 6/283/1) . Darauf deutet auch die Art der Operation, welche mit einer Denervation auf die Schmerzlinderung abzielte. Diese Beschwerden waren indes von den I.____ -Gutachtern in ihrer Begutachtung bereits berücksichtigt worden. Auch ist nicht neu, dass eine Schmerzzunahme nach besonderer Belastung geklagt wurde (vgl. nach der Tätigkeit als Fugengipser: Bericht von Dr. HH.____ vom 11. September 2013 [Urk. 6/200/1; E. 6.2.1 hiervor]). Hinzu kommt, dass auch Dr. J.____ nach der Denervations-Operation nach anfänglich unauffälligem postoperativen Verlauf als ärztliche Befunde bei generalisierten Beschwerden lediglich diffuse Schmerzpunkte und Muskelverhärtungen am rechten Arm ohne handchirurgisches Korrelat feststellen konnte (Urk. 6/283/1-2).

Da gemäss Dr. J.____

bei erwartungs gemässer postoperativer Heilungsphase eine volle Belastung des rechten Armes nach 12 Wochen möglich sein sollte (Urk. 6/271/2), ist von einer vorübergehenden Verschlechterung und jedenfalls nicht von einer andauernde n rentenerhebliche n

Veränderung (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) auszugehen.

E. 6.3.4

Mit der Beschwerdegegerin und entsprechend den Angaben des RAD-Arzt (Urk. 6/333/9) ist

daher erst ab der Erstdiagnose einer Psoriasis Arthritis im Mai 2017 eine

andauernde rentenerhebliche Veränderung (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) mit einer 50%iger Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit anzunehmen . Bezüglich der Zeit ab Mai 2017 ist der Sachverhalt unbestritten und es erübrigen sich angesichts der einheitlichen medizinischen Aktenlage , namentlich der hiervor zitierten Berichte von Dr. K.____ und Dr. M.____ sowie der nachvollziehbaren RAD-Stellungnahme hierzu,

weitere Ausführungen.

E. 6.4

Betreffend die Zeit ab Mitte Juli 2013 ist somit entsprechend der Einschätzung der I.____ -Gutachter gemäss dem Gutachten vom 10. Mai 2016 weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als angelernter Gipser und von einer 76%igen Arbeitsfähigkeit (im Sinne ganztägiger Anwesenheit mit zusätzlichen Pausen von zwei Stunden) in einer leidensangepassten Tätigkeit mit dem dort formulierten Belastungsprofil (Urk. 6 /258/ 32) auszugehen . Eine anspruchserhebliche, längerdauernde

Verschlechterung (Art. 88a Abs. 2 IVV) ist ab Mai 2017 gegeben; ab dann ist eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit unter zusätzlicher Berücksichtigung des Belastungsprofils gemäss der RAD-Stellungnahme vom 1. Juli 2019 (Urk. 6/333/9) anzunehmen . 7.

7.1

Der Invaliditätsgrad ist mittels eines Einkommensvergleichs von Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben

und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (BGE 143 V 295 E. 4.1.3, 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2, 128 V 174). Im Rahmen von Revisionsverfahren ist der Zeitpunkt der Anpassung des Rentenanspruchs massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_486/2019 vom 18. September 2019 E. 7.4).

Da hier die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bereits seit Jahren zu 100 % eingeschränkt war,

war im Juli 2013 die Voraussetzung von Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG in jedem Fall erfüllt. Der Einkommensvergleich ist daher direkt nach Ende der Taggelder bezogen auf das Jahr 2013 und auf den Zeitpunkt der möglichen Anspruchsänderung im Jahr 2017 vorzunehmen . 7 .2

7.2.1

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheits schaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1). 7.2.2

Die Beschwerdegegnerin bestimmte das Valideneinkommen im angefochtenen Entscheid anhand der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE; Urk. 2 S.

4 ; Urk. 6/332/1). Wie bereits im Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2016.01135 vom 22. Dezember 2017 (E. 5.2 ; Urk. 6/296/14) ausgeführt wurde, ist angesichts der zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht schon deshalb zur Bestimmung des Valideneinkommens von den Durchschnittslöhnen gemäss LSE des Bundesamtes für Statistik (BFS) auszugehen, weil die letzte An stellung als Gipser im Vergleich zum massgeblichen Zeitpunkt Mitte Juli 2013 rund 10 Jahre zurücklag. Auch der von der Beschwerdegegnerin nunmehr angeführte (Urk. 2 S. 4) regelmässige Stellenwechsel nach zwei bis fünf Jahren und der Umstand, dass der Beschwerdeführer die letzte Stelle bei der Z.____

als Gipser vor Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung (Unfall vom 3. Oktober 2003)

erst während drei Monaten ausgeführt hatte (Urk. 6/6), begründe n noch keine Ausnahme von d er Regel der Anknüpfung an der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Denn zum einen arbeitete der Beschwerdeführer v on 1991 bis 1997 ste t s für dieselben beiden Unternehmen in teilweise überlappenden Zeiträumen (Urk. 6/211/1). Zum anderen war er

(daran anschliessend) in den Jahren 1998 bis Mitte 2000 bereits einmal für die Z.____ tätig gewesen (Urk. 6/3/5, Urk. 6/211/1) und bis zu seiner erneuten Anstellung bei der Z.____ ab dem 1. August 2003 (Urk. 6/2/7-8, Urk. 6/6/1) arbeitete er von Mitte 2000 bis im Juli 2003 stets bei demselben Unternehmen (Urk. 6/211/1). Der Beschwerdeführer arbeitete seit seiner Einreise in die Schweiz im Jahr 1988 zudem stets als (angelernter) Gipser (Urk. 6/3/3, Urk. 6/210/1). Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers erfolgten die Stellenwechsel, nachdem die Unternehmen in Konkurs gegangen seien (Urk. 6/32/4) respektive es Probleme mit den Lohnzahlungen gegeben habe (Urk. 6/23/237). Aus diesem Anstellungsverlauf kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf geschlossen werden, dass der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsbeeinträchtigungen ab Juli 2003 die Festanstellung bei der Z.____ nunmehr nicht dauerhaft beibehalten hätte, zumal den Akten zu diesem Anstellungsverhältnis keine Besonderheiten oder Probleme zu entnehmen sind, welche im Gesundheitsfall auf eine Kündigung oder Firmenaufgabe schliessen liessen. Im Gegenteil besteht das Unternehmen heute noch (seit 2004 Y.____, heute MM.____; vgl. www.zefix.ch), der Beschwerdeführer sprach von einem sehr guten Verhältnis zu diesem Betrieb, zu dem er gerne zurückgekehrt wäre und wo er einen relativ hohen Verdienst erzielte (Urk. 6/23/238-239), und gekündigt wurde dem Beschwerdeführer - selbst nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ab Anfang Oktober 2003 - erst nach einem gescheiterten zweimonatigen Arbeitsversuch (Urk. 6/23/129, Urk. 6/32/5). Auch sonst gibt es keine Hinweise darauf, dass er diese Anstellung bis im Jahr 2013 ohne die Unfallfolgen überwiegend wahrscheinlich aufgegeben respektive verloren hätte. 7.2.3

Das Valideneinkommen

ist daher wie bereits im Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2016.01135 vom 22. Dezember 2017 (E. 5.2; Urk. 6/296/14) und ausserdem auch im Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich UV.2014.00024 vom 12. August 2015 (E. 4.1; Urk. 6/242/26) gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin per 2013 (Urk. 6/242/288, Urk. 6/242/189, Urk. 6/242/163) auf Fr. 78'900.-- (13 x Fr. 5'700.--) + [12 x Fr. 400.--; AHV-pflichtige Essenszulagen] festzusetzen.

Per 2017 ist unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im Baugewerbe von 2013 bis 2017 (BFS, Schweizerischer Lohnindex nach Wirtschaftszweigen, Nominallohnindex Männer, F 41-43 Baugewerbe/Bau, [2010 = 100, Tabelle T1.1.10], Total, 2013: 102.3, 2017: 103.2) ein Valideneinkommen von Fr. 79'594.15 (Fr. 78'900.-- : 102.3 x 103.2) anzunehmen. 7.3.7.3.1

In Bezug auf das Invalideneinkommen ging die Beschwerdegegnerin zutreffend und unstrittig von den LSE-Tabellenlöhnen aus (Urk. 2 S. 4 f.). Denn kann - wie hier - für die Bestimmung des Invalideneinkommens nicht auf die konkrete beruflich-erwerbliche Situation abgestellt werden, können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1).

Gemäss der LSE 2012, TA1

tirage_skill_level , Privater Sektor, Kompetenz niveau 1, Total Männer, lag der Durchschnittslohn im Jahr 2012 bei Fr. 5'210.-- pro Monat . Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen (vom BFS erhobenen) wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2012 (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Tabelle T 03.02 .03.01.04.01, Abschnitt A-S, Total) und der allgemeinen Nominallohnentwicklung von 2012 bis 2013 (BFS , Schweizerischer Lohnindex nach Wirtschaftszweigen, Nominallohnindex Männer [2010 = 100, Tabelle T1.1.10], Total, 2012: 101.7, 2013: 102.5) betrug das massgebliche

Durchschnittseinkommen im Jahr 2013 Fr. 65'689.80 (Fr. 5'210.-- x 12 : 40 x 41,7 : 101.7 x 102.5), was bei einem Pensum von 76 % (im Sinne ganztägiger Anwesenheit mit zusätzlichen Pausen) per 2013 den Betrag von Fr. 49'924.25 ergibt.

Im Jahr 2017 lag der Lohn gemäss der LSE 2016, Tabelle TA1 tirage_skill_level , Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Total Männer, bei Fr. 5'340.-- pro Monat. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2016 (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Tabelle T 03.02.03.01.04.01, Abschnitt A-S, Total) und der allgemeinen Nominallohnentwicklung von 2016 bis 2017 (BFS, Schweizerischer Lohnindex nach Wirtschaftszweigen, Nominallohnindex Männer [2010 = 100, Tabelle T1.1.10], Total, 2016: 104.1, 2017: 104.6) betrug das massgebliche Durchschnittseinkommen im Jahr 2017 Fr. 67'124.25 (Fr. 5'340.-- x 12 : 40 x 41,7 : 104.1 x 104.6). Dies ergibt bei einem Pensum von 50 % per 2017

den Betrag von Fr. 33'562.15. 7.3.2

Dieser Betrag ist recht sprechungsgemäss zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale

Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen , sondern nur dann, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige , bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leistungsbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 und 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1).

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, es sei kein solcher Abzug vorzunehmen, da der erhöhte Pausenbedarf bereits mit dem reduzierten Pensum berücksichtigt worden sei (Urk. 2 S. 5). Der Beschwerdeführer wen

det dagegen ein, aufgrund des komplexen Beschwerdebildes mit

massiven Einschränkungen an allen vier Extremitäten, neu mit

Beeinträchtigung des am 11. Mai 2016 operierten rechten Armes und neuem Belastungsprofil, aufgrund der Notwendigkeit zu Pausen, der Schlafstörungen, der Schmerzen und der Medikation

sowie aufgrund seines Alters (47 Jahre im Jahr 2013) sei ein Abzug von 20 % gerechtfertigt, nicht zuletzt auch weil die von ihm jahrelang als Gipser ausgeübte Schwerstarbeit nicht mehr möglich sei.

Er sei selbst im Rahmen einer leichteren Tätigkeit in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, es bestehe lediglich eine Teilarbeitsfähigkeit, es sei mit schmerzbedingten Arbeitsunterbrüchen und -ausfällen zu rechnen;

zudem werde er zusätzliche Pausen einlegen müssen, was sich erfahrungsgemäss lohnmindernd auswirke. Selbst die Suva habe einen Abzug von 20 % berücksichtigt (vgl. Urk. 6/225/199, Urk. 225/202). Rechtsprechungsgemäss sei sodann aufgrund des reduzierten Beschäftigungsgrades bei Männern ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen. Vom Gericht sei im Urteil IV.2016.01135 vom 22. Dezember 2017 ein Abzug von 10 % als angemessen erachtet worden. Zumindest davon sei auszugehen (Urk. 1 S. 1 und S. 4 f.). 7.3.3

Wie das hiesige Gericht bereits im Urteil IV.2016.01135 vom 22. Dezember 2017 ausgeführt hat, berücksichtigten die I. ___-Gutachter mit den zusätzlichen Pausen von zwei Stunden über den Tag verteilt die interagierenden funktionellen Einschränkungen - darunter auch jene am rechten Ellbogen

(vgl. Urk. 6/258/32 oben)

-, die Ermüdungsreaktionen und die zumindest teilweise nachvollziehbaren, da organisch-strukturell bedingten Schmerzen (Urk. 6/258/32). Allfällige Auswirkungen der Medikation wurden

weder im Einzelnen vom Beschwerdeführer benannt noch sind sie spezifisch leistungsbeeinträchtigend ausgewiesen. Dem Umstand, dass der Beschwerdeführer - sei es schmerzbedingt, sei es bedingt durch Müdigkeit - vermehrt Pausen benötigt und eine krankheitsbedingte Minderleistung besteht, wurde bereits mit dem um 24 % verminderten Rendement hinreichend Rechnung getragen. Dieser Umstand darf nicht zusätzlich mit einem Abzug versehen und damit doppelt herangezogen werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_581/2016 vom 24. Januar 2017 E. 3 und 9C_584/2015 vom 15. April 2016 E. 6.2).

Es besteht im Übrigen denn auch kein ernsthafter Grund zur Befürchtung, ein potentieller Arbeitgeber, der sich mit einer 76 % eines Vollzeitpensums ausmachenden Leistungserbringung begnügen und eine entsprechende Stelle anbieten kann, würde bei der Entlohnung von einem tieferen Lohnansatz als bei einem voll einsatzfähigen Arbeitnehmer mit entsprechend höherem Rendement ausgehen. Unter dem Aspekt des reduzierten Beschäftigungsgrades bei ganztägiger Präsenz lässt sich daher ein Abzug vom auf tabellarischer Grundlage ermittelten Invalideneinkommen nicht rechtfertigen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_379/2011 vom 26. August 2011 E. 4.2.3, 8C_419/2012 vom 21. September 2012 E. 3, 8C_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8 und 9C_796/2013

vom 28. Januar 2014 E. 3.1.2). Auch bezüglich der Zeit ab Mai 2017 ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen hat (Urk. 2 S. 5) . Den bisherigen und neuen Beschwerden wurde mit der von den behandelnden Ärzten attestierten Restarbeitsfähigkeit von 50 % hinreichend Rechnung getragen.

Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohnes, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4). Selbst das Angewiesensein auf das Entgegenkommen eines verständnisvollen Arbeitgebers stellt praxisgemäss kein anerkanntes eigenständiges Abzugskriterium dar (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8 und 8C_91/2013 vom 22. August 2013 E. 3.3.4).

Der Umstand sodann, dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3). Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) zudem grundsätzlich altersunabhängig angeboten. Es besteht hier daher rechtsprechungsgemäss

keine Veranlassung, dem Alter des Beschwerdeführers bei der Ermittlung des Invalideneinkommens durch Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzuges Rechnung zu tragen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_450/2016 vom 6. Oktober 2016 E. 5.3.2).

Ferner gibt hier auch mangelnde Berufsbildung (insbesondere auf dem beachtlichen Anforderungsniveau) ebenfalls keinen Anlass zu einem leidensbedingten Abzug. Es stehen dem Beschwerdeführer genügend Stellenprofile offen, welche den medizinischen Anforderungen an eine leidensangepasste, körperlich leichte Tätigkeit gerecht werden, ohne dass sie deswegen mit höheren Erfordernissen bezüglich Ausbildung und Sprachkenntnisse verbunden wären (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_83/2009 vom 15. Mai 2009 E. 4.2.4.2). Auch aufgrund der Ausländereigenschaft und der Aufenthaltskategorie C sind beim über Jahrzehnte in der Schweiz erwerbstätig gewesenen Beschwerdeführer keine negativen Auswirkungen auf den Verdienst anzunehmen.

In Bezug auf das Merkmal Beschäftigungsgrad war

das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich im Urteil IV.2016.01135 vom 22. Dezember 2017 davon ausgegangen, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt werde als eine Vollzeittätigkeit. Insgesamt schloss das Gericht damit darauf, dass zusätzlich zum Rendement ein Abzug von 10 % gerechtfertigt sei (E. 5.3.3 a.E. ; Urk. 6/296/17). Darauf ist hier indes zurückzukommen. Denn nach der neueren Praxis des Bundesgerichts ist ein Abzug bei Männern wegen Teilzeitbeschäftigung nicht mehr automatisch vorzunehmen. Ob sich eine entsprechende Reduktion rechtfertigt, ist stets mit Blick auf den konkreten Beschäftigungsgrad und die jeweils aktuellen Werte zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_561/2018 vom 4. März 2019 E. 4.3.1). Laut der gestützt auf die LSE 2012 erstellten Tabelle T18 zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittsbruttolöhnen würde ein Beschäftigungsgrad von 76 % bei Männern auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung (ohne Kaderfunktion) keinen Tabellenlohnabzug rechtfertigen. Auf

dieser Ebene werden Männer bei einem Teilzeitpensum von 75-89 % pro portional bezogen auf ein 100%iges Pensum (Fr. 6'663.--) sogar deutlich besser entlohnt als bei einem Vollzeitpensum (Fr. 6'085.--; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 E. 3.2 mit Hinweisen). Zudem liegt hier ab Mitte Juli 2013 eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit vor, welche ganztägig mit vermehrten Pausen von zwei Stunden zumutbar ist. Dies entspricht nicht einem eigentlichen Teilzeitpensum.

Bezüglich der Zeit ab Mai 2017 mit einer Restarbeitsfähigkeit von 50 %

ist zwar ein Teilzeitpensum gegeben . Jedoch rechtfertigt auch ein Beschäftigungsgrad von 50-74 % bei Männern auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung (ohne Kaderfunktion) keinen zusätzlichen Tabellenlohnabzug . Denn unter Berücksichtigung der für die Jahr e

2016 und 201 8 aktualisierten Tabelle T18 (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht ; einsehbar unter www.bfs.admin.ch/asset/de/je-d-03.04.01.01.18) besteht auf dieser Ebene bei Männern zwischen dem Durchschnittslohn bei einem Teilzeitpensum von 50-74 % proportional bezogen auf ein 100 % -Pensum (Fr. 5 ' 875 . -- [2016], Fr. 5'897.-- [2018]) und dem Durchschnittslohn bei einem Vollzeitpensum (Fr. 6130 .-- [2016],

Fr. 6'144.-- [2018]) eine vernachlässigbare Differenz von unter 5 % und somit gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung keine überproportionale Lohneinbusse

(Urteile des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 2 2. März 2017 E. 3.2 und 8C_12/2017 vom 2 8. Februar 2017 E. 5.5.2 mit Hinweisen).

Schliesslich ist auch der Umstand, dass die Suva einen leidensbedingten Abzug von zunächst 20 %

verfügt und im Einspracheentscheid vom 2 7. Dezember 2013 schliesslich einen solchen von 15 %

berücksichtigt hat (Urk. 6/225/199, Urk. 6/225/134) , für das vorliegenden Verfahren nicht massgeblich . 7.3.4

Ein Abzug vom Invalideneinkommen ist nach dem Gesagten für die Zeit ab Mitte Juli 2013 und ab Mai 2017 nicht gerechtfertigt. Es bleibt somit bei einem Invalideneinkommen per 2013 von Fr. 49'924.25 und per 2017 von

Fr. 33'562.1 5. 7 . 4

7.4.1

Die Differenz des Invalideneinkommens zum Valideneinkommen beträgt Fr. 28'975.75

(Fr. 78'900.-- - Fr. 49'924.25) , was für die Zeit ab Juli 2013 einen Invaliditätsgrad von gerundet

37 %

ergibt. Dies begründet ab Juli 2013 keinen Anspruch auf eine Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 7.4.2

Für die Zeit ab dem 1. Mai 2017 beträgt die Differenz des Invalideneinkommens zum Valideneinkommen

Fr. 46'032.--

(Fr. 79'594.15 - Fr. 33'562.15), was einen Invaliditätsgrad von 58 %

ergibt. Damit resultiert ein Anspruch auf eine halbe Rente ab dem 1. August 2017 (Art. 28 Abs.

2 IVG, Art.

88a Abs. 2 IVV), wie dies in der angefochtenen Verfügung unstrittig korrekt festgestellt wurde (Urk. 2 S. 3). 8.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine vom

1. Oktober 2004

bis am 30. Juni 2006 befristete ganze Rente (vgl. 5.4.2 hiervor) und ab dem 1. August 2017 auf eine halbe Rente hat.

Die Beschwerde ist somit teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 16. März 2020 (Urk. 2) ist dahingehend abzuändern, dass der Beschwerdeführer vom 1. Oktober 2004 bis am 30. Juni 2006 Anspruch auf eine befristete ganze Rente hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 9.

Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise auf Fr. 1'000.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens den Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen.

Dem Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu, welche nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen auf Fr. 1'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 16. März 2020 dahingehend abgeändert, dass der Beschwerdeführer

vom 1. Oktober 2004 bis am 30. Juni 2006 Anspruch auf eine befristete ganze Rente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- 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 Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fortuna Rechtsschutz-Versicherungs-Gesellschaft AG, Rechtsanwältin Martina Zehnder - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Sammelstiftung Vita - 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 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 Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin FehrHartmann

E. 11

und vom 23. Januar 201 2. Vom 7. Mai bis 26. Juni 2012 wurde der Versicherte in der E.____ stationär behandelt (Austrittsbericht vom 27. Juni 2012, Urk. 6 /160). Am 13. Dezemb er 2012 teilte die Suva dem Versicherten die Ein stellung der Taggeldleis tungen per Ende 2012 mit (Urk. 6/179). Mit Ver fügung vom 9. Januar 2013 erhöhte die Suva die bisherige 30%ige Rente per 1. Januar 2013 auf 32 % (Urk. 6 /1 84), was sie mit Einsprache ent scheid vom 27. Dezember 2013 bestätigte (Urk. 6 /213). Die dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 12. August 2015 im Verfahren Nr . UV.2014.00024 teilweise gutge heissen, indem dem Versicherten eine Invalidenrente mit einem Invaliditätsgrad von 39 % zugesprochen wurde (Urk. 6 /242/32).

E. 13

sprach die IV-Stelle dem Versicher ten die Kostenübernahme für einen Arbeitsversuch vom 14. Januar bis 13. April 2013 bei der F.____ (Urk. 6 /181-182) und am 11. April 2013 einen solchen für die Zeit vom 15. April bis 14. J uli 2013 im Betrieb G.____ zu (Urk. 6 /193 -194). Mit Mitteilung vom 27. November 2013 bewilligte die IV-Stelle dem Versicherten eine Arbeitsvermittlung durch die H.____ (Urk. 6/208) . Am 22. September 2014 wurde n die Arbeitsvermittlung und damit die beruflichen Mass nahmen abgeschlossen (Urk. 6 /221).

In der Folge holte die IV-Stelle das bidisziplinäre Gutachten des I.____ vom 10. Mai 2016 (Urk. 6 /258) mit psychiatrischem Teilgutachten vom 26. Februar 2016 (Urk. 6 /255) ein. Gestützt darauf kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 23. Mai 2016 die Abweisung des Rentenbegehrens an (Urk. 6 /263). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 17. Juni 2016 (Urk. 6 /266), ergänzt mit Schreibe n vom 15. September 2016 (Urk. 6/279), unter Beilage der Berichte von Dr. med.

J.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Handchirurgie, vom 16. März, 4. und 11. Mai 2016 unter anderem zur operativen Behandlung des rechten Ellbogens vom 11. Mai 2016 (Urk. 7/265/1-9) Einwand. Mit Sch reiben vom 14. Juli 2016 (Urk. 6 /27 4) sandte die Krankentaggeldver sicherung Helsana Versicheru ngen der IV-Stelle die IV-(Neu -)Anmel dung des Versicherten vom 9. Juli 2016 (Urk. 6 /269) zu.

Mit Verfügung vom 26. September 2016 verneinte die IV-Stelle wie angekünd igt bis Mai 2016 einen Rentenanspruch des Ver sicherten bei einem Invaliditätsgrad von 28 % , wobei sie für den Leistungsan spruch ab Mai 2016 auf einen sep araten Entscheid verwies (Urk. 6/281).

Dagegen erhob der Versicherte am 13. Oktober 2016 Beschwerde (Urk. 6/285/3-7). Mit Urteil IV.2016.01135 vom 22. Dezember 2017 sprach das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich dem Versicherten eine Viertelsrente ab Juli 2013 zu und wies die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung und zum anschliessenden Entscheid über den Rentenanspruch für die Zeit von Juni 2004 bis Juni 2013 sowie ab Mai 2016 an die IV-Stelle zurück (Urk. 6/296/20). Auf die hiergegen erhobene Beschwerde der IV-Stelle vom 20. Februar 2018 (Urk. 6/298) trat das Bundesgericht mit Urteil 9C_178/2018 vom 14. März 2018

mit der Begründung nicht ein, dass es sich beim Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 22. Dezember 2017 auch in Bezug auf die materiell beurteilte Periode um einen Zwischenentscheid handle (Urk. 6/301).

E. 17

ATSG) bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar (BGE 133 V 263

E. 6.1 mit Hinweisen), weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteile des Bundesgerichts 8C_419/2018 vom 11. Dezember 2018 E. 2.2 und 8C_458/2017 vom 6. August 2018 E. 2 mit Hinweisen).

Liegt ein Revisionsgrund vor, der nicht bloss in einer unterschiedlichen Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts bestehen kann, 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 mit Hinweisen; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_587/2018 vom 11. März 2019 E. 2.3). 3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) aus, der Beschwerdeführer

sei in seiner angestammten Tätigkeit als angelernter Gipser seit dem Unfall vom 3. Oktober 2003 zu 100 % arbeitsunfähig. Ab Juni 2004 seien ihm Eingliederungsmassnahmen während zwei Stunden an vier Tagen pro Woche zumutbar gewesen. Eine Rentenzusprache falle aufgrund des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» indes nur dann in Betracht, wenn nach Ablauf des Wartjahres die Eingliederungsfähigkeit nicht oder noch nicht gegeben sei und aus diesem Grund keine Eingliederungsmassnahmen in Frage kommen würden. Ein Anspruch auf eine befristete Rente habe daher bei bestehender Eingliederungsfähigkeit vor den IV-Taggeldern nicht bestanden.

Nach Abschluss der Eingliederungsmassnahmen (B.____-Abklärung, Arbeits training, Deutschkurs, Arbeitsversuche, Arbeitsvermittlung)

mit Taggeldern bis am 14. Juli 2013 sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gipser weiterhin vollständig eingeschränkt gewesen; in einer leidensangepassten, körperlich bis mittelschweren Tätigkeit, bei welcher die linke Hand nur

geringfügig als Halte- /Begleithand eingesetzt werde, und ohne Arbeiten über Schulterhöhe und in Hockstellungen, ohne Ziehen und Stossen nur mit der rechten Hand, ohne häufige s Treppensteigen sowie Gehen über unebenes Gelände habe er dagegen ganztags arbeiten können. Der Einkommensvergleich ergebe für die Zeit ab dem 14. Juli 2013 einen Invaliditätsgrad von 11 % . Für das Valideneinkommen werde auf die statistischen Werte im Baugewerbe abgestellt, da die Erwerbsbiographie des Beschwerdeführer s von regelmässigen Stellen wechseln nach zwei bis fünf Jahren geprägt gewesen sei. Die letzte Stelle habe er drei Monate vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung angetreten. Es könne daher davon ausgegangen werden, dass er diese Stelle nach maximal fünf Jahren wieder gewechselt hätte. Ein leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen sei nicht angezeigt, da in einer körperlich leichten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe und die beschriebenen Einschränkungen bereits mit dem Abstellen auf eine allgemeine Hilfsarbeitertätigkeit berücksichtigt worden seien . Am 18. Juni 2014 habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführer s lediglich vorübergehend verschlechtert; bereits ab September 2014 sei wieder eine 100%ige Arbeitstätigkeit zumutbar gewesen, allerdings mit einem erhöhten Pausenbedarf von 20 % . Es werde daher ab September 2014 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgegangen. Damit resultiere ein Invaliditätsgrad von 28 % , wobei weiterhin ein leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen nicht angezeigt sei.

Ab Mai 2017 habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführer s dauerhaft verschlechtert.

Ab dann sei er in einer körperlich wechselbelastenden leichten Tätigkeit unter Meidung monotoner und/oder repetitiver Fehlhaltungen des Rumpfes und der Gelenke, unter Meidung dauerhafter , schlagend stossender vibrierender Krafteinwirkung sowie Meidung feuchtkalter und zugiger Arbeitsumgebung noch zu 50 % arbeitsfähig. Drei Monate nach der eingetretenen Verschlechterung ab August 2017 resultiere damit ein Invaliditätsgrad von 55 % . Es bestehe dabei kein Grund für einen leidensbedingten Abzug vom Invalideneinkommen, namentlich stelle auch das Teilpensum bei Männern gemäss der Statistik keinen Grund für einen Abzug dar. Der Beschwerdeführer habe somit ab August 2017 Anspruch auf eine halbe Rente. Die vom Beschwerdeführer angesprochene Operation am Ellbogen vom 11. Mai 2016 stelle keine dauerhafte Einschränkung dar. Die Rente könne daher nicht per dann ausgerichtet werden.

An das Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2016.01135 vom 22. Dezember 2017 sei sie nicht gebunden. Denn dieses sei noch nicht in Rechtskraft erwachsen, nachdem das Bundesgericht auf die dagegen erhobene Beschwerde nicht eingetreten sei, weil das Sozialversicherungsgericht noch kein abschliessendes Urteil gefällt habe, daher keine materiell verbindlichen Anordnungen vorliegen würden und das im Zwischenentscheid Beurteilte noch zusammen mit dem Endentscheid angefochten werden könne. Somit könne aus dem Urteil des Sozialversicherungsgerichts noch kein Leistungsanspruch abgeleitet werden (Urk. 2 S. 2 ff.). 3.2

Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein (Urk. 1) , die Beschwerdegegnerin halte für die Zeit vor der Rentenzusprache ab August 2017 ungeachtet der Urteile des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 22. Dezember 2017 und vom 12. August 2015 an ihren Einschätzungen fest und ignoriere die Ausführungen des Gerichts. Sie habe namentlich die zugesprochene Viertelsrente ab Juni 2013, die Rückweisung betreffend befristeter Rente und Prüfung des Rentenanspruchs ab Mai 2016 infolge

Verschlechterung, die Berechnung des Validen- und Invalideneinkommens sowie die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vollständig ignoriert.

Die Eingliederungsfähigkeit sei frühestens ab Mitte 2009 zu bejahen und eine befristete ganze Rente sei mindestens bis Mitte 2009, eventualiter bis Juni 2006, geschuldet. Denn die im Vorbescheid vom 8. April 2009 zugesprochene bis 2006 befristete ganze Rente, welcher Teil nie beanstandet worden sei, werde von der Beschwerdegegnerin nun erstmalig wegen angeblicher Eingliederungsfähigkeit abgelehnt. Es frage sich, weshalb damals von der Beschwerdegegnerin keine Eingliederungsmassnahmen eingeleitet worden seien, wenn angeblich eine Eingliederungsfähigkeit bestanden habe. Auch die Suva sei offensichtlich nicht von einer Eingliederungsfähigkeit ausgegangen. Selbst die damals zuständigen Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin seien davon ausgegangen, dass gerade keine solche vorgelegen habe. Daher sei eine befristete Rente zugesprochen worden. Es sei diesbezüglich eine volle Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, was von der E.____ festgehalten und auch von der Suva anerkannt worden sei. So sei er in der Reha gewesen und habe sich mehrere Operationen unterziehen müssen. Es sei auf die damalige echtzeitliche Beurteilung abzustellen. Frühestens ab dem 31. März 2006 habe eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bestanden und eine Einstellung (der Rente) sei dann nach drei Monaten möglich. Es bestehe aber auch ab April 2006 weiterhin Anspruch auf eine Rente bis zum Beginn der Taggeldzahlung per Mitte 2009. Aufgrund der einseitigen Belastung nach dem Unfall vom 3. Oktober 2003 habe sich der Gesundheitszustand zusätzlich verschlechtert, indem nun auch an der rechten Extremität Beschwerden aufgetreten seien. Zudem sei ausser Acht gelassen worden, dass durch die im März 2005 durchgeführte Operation eine Verschlechterung eingetreten sei und sich die Schmerzen verstärkt hätten, was sich sicherlich auch in psychischer Hinsicht ausgewirkt habe. Er habe in der Folge die linke Schulter praktisch nicht mehr bewegen können. Die psychischen Beschwerden von 2006 bis 2009 stünden ebenfalls in sachlichem Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit vom Oktober 2003. Die P.____ gehe von einer längeren depressiven Reaktion seit 2006 bis mindestens 2009 aus. Gemäss dem Bericht der Q.____ vom 30. November 2006 habe sich der psychische Zustand massiv verschlechtert. Es habe sich eine mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) bei chronischen Schmerzen nach dem Unfall vom 3. Oktober 2003 entwickelt. Diesbezüglich sei er regelmässig in psychiatrischer Behandlung gestanden und werde weiterhin behandelt.

Dagegen könne auf das Gutachten von Dr. A.____

(vom

30. Dezember 2008, Urk. 6/32) nicht abgestellt werden, da keine vertiefte Auseinandersetzung mit den Berichten der R.____ stattgefunden habe. Es seien auch keine Verlaufsberichte von der R.____ eingeholt und Dr. A.____ vorgelegt worden. Schon aufgrund des (von Dr. A.____ durchgeführten) BDI-Tests, wonach mindestens eine mittelschwere bis schwere Depression vorliege, sei seine Schlussfolgerung, dass keine psychische Problematik mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe, unverständlich. Das Gutachten enthalte ausserdem keinerlei Hinweise zum psychischen Zustand vor der Untersuchung vom 16.

Oktober 2008; Dr. A.____ habe erklärt, dass ihm eine rückwirkende Beurteilung nicht möglich sei. Zur Begründung des Eventualantrages, dass zumindest vom 1. Oktober 2004 bis 30. Juni 2006 (Verbesserung ab dem 30. März 2006 plus drei Monate) beziehungsweise

e bis zum Beginn der beruflichen Massnahmen im Dezember 2011 (richtig: Januar 2011, Urk. 6/105) eine Rente zuzusprechen sei, werde auf die Beschwerde vom 10. Juni 2009 (Urk. 6/59) verwiesen.

Des Weiteren sei ab Juli 2013 eine Viertelsrente und ab August 2016 eine halbe Rente geschuldet.

Bezüglich der Zeit ab Juli 2013 sei auf die Berechnung des Gerichts abzustellen, welche zur Zusprache einer Viertelsrente ab Juli 2013 geführt habe. Diesbezüglich werde auf die Beschwerde vom 13. Oktober 2016 (Urk. 6/285) und die Erwägungen im Urteil vom 22. Dezember 2017 verwiesen. Dabei sei der I.____-Bericht vom 10. Mai 2016 massgebend. Anfang 2016 habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert, weswegen er am 11. Mai 2016 am Ellbogen rechts operiert worden sei. Seitdem sei er lediglich zu 50 % arbeitsfähig .

Zudem sei auch noch die linke obere Extremität beeinträchtigt . Die linke Schulter und die linke Hand seien nur sehr beschränkt einsetzbar . Ausserdem sei der rechte Arm aufgrund der Überbelastung nicht mehr voll einsatzfähig . Es könne daher nicht mehr auf das (bisherige) Belastungsprofil abgestellt werden . Es werde bestritten, dass er in der Lage sein solle, Gewichte von 22,5 Kilogramm einarmig, geschweige denn ohne Einsatz der Arme, ohne Einschränkung heben zu können. Es wäre weiter abzuklären , inwiefern sich die Ellbogenthematik und die Schulterbeschwerden zusätzlich auf die Arbeitsunfähigkeit und das Belastungsprofil auswirken würden. Die Verschlechterung sei entgegen der Behauptung der Beschwerdegegnerin somit nicht erst im Mai 2017 eingetreten. Eine halbe Rente sei daher bereits ab August 2016 geschuldet, eventualiter ab dann eine Viertelsrente . Der verfügte Anspruch ab August 2017 werde nicht bestritten.

Zur Bestimmung des jeweiligen Invaliditätsgrades sei im Einkommensvergleich

auf ein Valideneinkommen aufgrund der Tätigkeit beim bisherigen Arbeitgeber per 2013 abzustellen. Er sei stets als Gipser tätig gewesen und wäre dies (im Gesundheitsfall) auch weiterhin gewesen, so dass er aufgrund seiner Berufserfahrung weiterhin ein entsprechendes Einkommen erzielt hätte. Zum Invalideneinkommen werde auf das Urteil vom 17. (richtig: 22.) Dezember 2017 (Urk. 6/296) verwiesen. Es sei entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin nicht eine 80%ige, sondern lediglich eine 76%ige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Davon sei aufgrund des komplexen Beschwerdebildes mit massiver Beeinträchtigung aller vier Extremitäten (Schulter, Ellbogen, Knie , je beidseitig) ein leidensbedingter Abzug von 20 % vorzunehmen. Selbst die Suva habe auf einen solchen Abzug geschlossen

(Urk. 1 S. 2 ff.). 3.3

3.3.1

Vorab ist anzumerken, dass die Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 3) zu Recht darauf hinwies, dass das Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2016.01135 vom 22. Dezember 2017, mit welchem ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Viertelsrente ab Juli 2013 festgehalten worden war (Urk. 6/296/20), nicht in Rechtskraft erwachsen und materiell-rechtlich nicht verbindlich ist. Dies nachdem die Beschwerdegegnerin dagegen Beschwerde ans Bundesgericht erhoben hatte, welches auf die Beschwerde mit Urteil 9C_178/2018 vom 14. März 2018 nicht eingetreten ist und das Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2016.01135 vom 22. Dezember 2017 insgesamt als Zwischenentscheid qualifiziert (mit Hinweis auf BGE 135 V 148 E. 5.2) und ausgeführt hat,

dass dieser Entscheid auch in Bezug auf die Zusprechung einer Viertelsrente ab 1. Juli 2013 keine materiellen Vorgaben enthalte (Urk. 6/301). Namentlich bezüglich der gerichtlich im Vorverfahren festgestellten

Viertelsrente besteht mithin keine materielle Verbindlichkeit und Rechtskraft, weshalb der Rentenanspruch bezüglich der ganzen Zeit ab Oktober 2004 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. März 2020 (Urk. 2) neu, unabhängig vom bisher Festgestellten beurteilt werden kann, wobei insbesondere auch der Rentenanspruch ab Juli 2013 neu zu beurteilen ist (hierzu E. 6-7 nachfolgend). 3.3.2

Die Parteien sind sich darin einig, dass der Beschwerdeführer

(aufgrund dessen Eingliederungsfähigkeit und von Eingliederungsmassnahmen)

von Mitte 2009 bis Juni 2013 keinen Anspruch auf eine Rente hat. Ebenfalls nicht strittig ist die verfügte halbe Rente ab August 2017.

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer ab Oktober 2004 bis Mitte 2009 respektive bis zum Beginn der beruflichen Massnahmen Ende Januar 2011 eingliederungsfähig war und daher ein Rentenanspruch ausgeschlossen ist (vgl. E. 4 -5 nachfolgend).

Strittig und zu prüfen ist sodann, ob der Beschwerdeführer nach Abschluss der taggeldunterstützten Eingliederungsmassnahmen per Mitte Juli 2013 bis Juli 2017 Anspruch auf eine Rente hat (vgl. E. 6 hernach). 3.3. 3

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ist unstrittig und steht fest, dass der Beschwerdeführer bereits seit dem ersten Unfall vom 30. Oktober 2003 in der angestammten Tätigkeit als angelernter Gipser anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig ist, wie dies bereits in den Urteilen des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich UV.2014.00024 vom 12. August 2015 (E. 3.5.2; Urk. 6/242/32) und IV.2016.01135 vom 22. Dezember 2017 aufgrund der unfallbedingten Beschwerden festgehalten worden war (E. 3.3.2; Urk. 7/242/25-26). Hiervon ist auch in diesem Verfahren weiterhin auszugehen.

Zutreffend und unbestritten ist ferner, dass der Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns in Anwendung von Art. 48 Abs. 2 Satz 1 IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) auf den 25. Juni 2004 fällt

(ein Jahr vor der Anmeldung vom 25. Juni 2005, Urk. 6/3; Urk. 2 S. 3; vgl. auch Urteil IV.2016.01135 vom 22. Dezember 2017 E. 6.2; Urk. 6/296/19).

Uneinig sind sich die Parteien dagegen bezüglich der Eingliederungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ab Juni 2004, was nachfolgend zu prüfen ist.

4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin verneint im angefochtenen Entscheid den Anspruch auf eine befristete Rente für die Zeit vor Beginn der B.____-Abklärung mit IV-Taggeldern ab Ende Januar 2011 (Urk. 6/103, Urk. 6/105) unter Berufung auf den Grundsatz «Eingliederung vor Rente» (Urk. 2 S. 3). Nach der von ihr

(Urk. 6/315/2) hier bei berücksichtigten bundesgerichtlichen Rechtsprechung fällt eine Rentenzusprechung - entsprechend dem Grundsatz «Eingliederung vor Rente» - vor Durchführung allfälliger beruflicher Massnahmen in Betracht,

wenn nach Ablauf des Wartejahres gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG (in der bis Ende 2007 gültig ge wesenen Fassung; ab Anfang 2008 Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) die Eingliederungsfähigkeit nicht oder noch nicht geg eben ist (vgl. BGE 121 V 190 E. 4c) und aus diesem Grunde Eingliederungsmassnahmen (noch) nicht zumindest « ernsthaft in Frage kommen » (e contrario : BGE 117 V 275 E. 2a). Die fehlende Eingliederungsfähigkeit als Voraussetzung der Rentenzusprechung muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Soweit die Eingliederungs (un) fähigkeit beweismässig nicht erstellt ist und diesbezügliche Abklärungsmassnahmen angeordnet werden, kann erst nach deren Abschluss - wenn gestützt auf die Abklärung die (noch) fehlende Eingliederungsfähigkeit feststeht - rückwirkend eine Invalidenrente zugesprochen werden (vgl. BGE 121 V 190 E. 4d), sofern auch die übrigen Voraussetzungen gemäss Art. 28 IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) in Ver bindung mit Art. 4 IVG und Art. 8 ATSG erfüllt sind, namentlich der Invaliditätsrad mindestens 40 %

beträgt (Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung ; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_734/2007, 9C_740/2007 vom 1. April 2008 E. 4.3 ; ab Anfang 2008 vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_108/2012 E. 2.2.1

vom 5. Juni 2012 und 9C_450/2019 vom 14. November 2019 E. 3.3.1). 4.2 4.2.1

Die Beschwerdegegnerin

geht für die Zeit von Juni 2004 bis zum Beginn der Taggeldleistungen während der B.____-Abklärung am 31. Januar 2011 (Urk. 6/103, Urk. 6/105) davon aus, dass der Beschwerdeführer eingliederungs fähig war, weil ihm in dieser Zeit Eingliederungsmassnahmen mit einer Präsenzzeit von zwei Stunden pro Tag an vier Tagen pro o Woche zumutbar gewesen seien (Urk. 2 S. 3). Dem Feststellungsblatt vo m

16. September

2019 ist zu entnehmen, dass sie dabei auf die Mindestvoraussetzung für die Durchführung eines Belastungstrainings (vgl. Kreisschreiben über die Integrationsmassnahmen [KSIM] gültig ab 1. Januar 2012 , Stand: 1. Januar 2019 , Rz 1010.1) und in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilung von Dr. med. O.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 29. Oktober 2018 abstellt e (Urk. 6/333/6 - 7).

Der RAD-Arzt führte zur Frage, welche Eingliederungsfähigkeit (Präsenz ohne Arbeitsleistung zu zwei Stunden pro Tag an vier Tagen pro Woche) ab Juni 2004 bestanden habe, aus, es habe sich ab Juni 2004 vorrangig um behandlungs bedürftige Bewegungseinschränkungen im linken Ellbogengelenk bei Status nach osteosynthetisch versorgter Radiusköpfchenfraktur gehandelt. Damit sei im Zeitraum ab der Arthrolyse - Operation vom 3. September 2004 (Urk. 6/ 7/56) und danach für weitere sechs Wochen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (in jeglicher Tätigkeit) anzunehmen. Hierzu sei die Nachuntersuchung

vom 26. Oktober 2004 (Bericht vom 3. November 2004, Urk. 6/ 7/53 -54) beachtlich. Die vom Beschwerdeführer weiterhin geklagten linksseitigen Schulter- und Handgelenks beschwerden seien seinerzeit entsprechend medizinisch ohne dringliche Behandlungskonsequenzen abgeklärt worden und sollten somit keine mass geblichen Gegenanzeigen für die Eingliederungsfähigkeit gewesen sein. Damit habe medizinisch-theoretisch ab Juni 2004, ausgenommen im Zeitraum vom 3. September bis 2

6. Oktober 2004, eine Eingliederungsfähigkeit mit Präsenz ohne Arbeitsleistung zu zwei Stunden pro Tag an vier Tagen pro Wochen bestanden (Urk. 6/333/7).

In der Stellungnahme vom 9. Aug u st 2018 hatte Dr. O.____ ausgeführt, es habe die folgende Eingliederungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil bestanden: 0 % ab dem 3. Oktober 2003, 100 % ab dem 20. März 2006 (Austrittsbericht der

E.____

vom 20. März 2006,

Urk. 6/ 14/1-6 ; Arbeitsversuch bereits ab Juli 2005 möglich), 50 % ab dem 18. Juni 2014, 80 % ab September 2014 und 50 % ab Mai 2017 (Urk. 6/333/5-6). In der Stellungnahme vom 1. Juli 2019 ergänzte Dr. O.____

seine Einschätzung um die folgende n Zeile n : ab Juni 2004 (ausgenommen 3. September 2004 bis 26. Oktober 2004) Eingliederungsfähigkeit mit Präsenz ohne Arbeitsleistung zu zwei Stunden pro Tag an vier Tagen pro Woche ; ab Mai 2017 50 % , ausgenommen nach Knie-Arthroskopie rechts 0 % vom 25. Februar bis 28. März 2019 (Urk. 6/333/9). 4.2.2

Die Beschwerdegegnerin übersieht bei ihrer Beurteilung der Eingliederungs fähigkeit, dass selbst nach der RAD-Einschätzung von Dr. O.____ nach Ablauf des Wartejahres (Art. 29 Abs. 1 lit . b IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) keine Eingliederungsfähigkeit gegeben war. Denn das Wartejahr endete ein Jahr nach dem Unfall vom 3. Oktober 2003 (Urk. 6/7/89) , mithin am 3. Oktober 2004. Gegen Ende des Wartejahres war gemäss Dr. O.____ wegen der von ihm zugestandenen postoperativen sechswöchigen Rekonvaleszenz nach der Arthrolyse -Operation vom 3. September 2004 (Urk. 6/7/56) noch bis am 26. Oktober 2004 (Urk. 6/333/9) keine Eingliederungs fähigkeit gegeben . Somit kamen berufliche Massnahmen im Oktober 2004 noch nicht ernsthaft in Frage und die Entstehung eines Rentenanspruches nach Ablauf des Wartejahres mit Beginn ab dem 1. Oktober 2004 (Art. 29 Abs. 2 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) ist nicht ausgeschlossen .

Hinzu kommt, dass sich die von Dr. O.____ attestierte Eingliederungs fäh igkeit ab dem 27. Oktober 2004 allein auf die angefragte (respektive vorgegebene) minimale Fähigkeit zur Präsenz von zwei Stunden pro Tag an vier Tagen pro Woche ohne Arbeitsleistung an einer Integrationsmassnahme zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Belastbarkeitstraining; Art. 8 Abs. 3 lit . a bis IVG in der ab

Anfang 2008 geltenden Fassung ; Rz 1010.1 KSIM) bei gleichzeitig attestierter 100%iger Arbeitsunfähigkei t in jeglicher Tätigkeit vom 3. Oktober 2003 bis 19. März 2006 (Urk. 6/333/9) bezieht. Ungeachtet der Frage, ob diese Minimalanforderungen zur Begründung der Eingliederungs fähigkeit in Bezug auf die ab Anfang 2008 geltende Rechtslage ausreichen, ist hier jedenfalls zu beachten, dass es n ach der im Oktober 2004 bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage noch keine Integrationsmassnahmen gab , sondern lediglich berufliche Massnahmen (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung ; Art. 8 Abs. 3 lit . b IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung).

Nach der damaligen Rechtslage ging die Eingliederung der Rente immer dann vor, wenn der versicherten Person zugemutet werden konnte , sich Eingliederungsmassnahmen zu unterziehen, nach deren Durchführung voraussichtlich keine (teil-)rentenbegründende

Invalidität mehr besteht. Nach Art. 28 Abs. 1 IVV (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung , aufgehoben per 1. Januar 2008) entstand der Rentenanspruch nicht, solange der Versicherte sich Eingliederungsmassnahmen unterzog oder auf den Beginn bevorstehender Eingliederungsmassnahmen warten musste und dafür ein Taggeld beanspruchen konnte . Mit der Ausrichtung von Taggeldern (vgl. Art. 8 Abs. 3 lit . e und Art.

E. 22

IVG und Art. 18 und Art. 28 IVV; je in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) sollte der Lebensunterhalt während der Wartezeit, respektive während der Eingliederungsmassnahme sichergestellt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_312/2009 vom 1. Dezember 2009 E. 6).

Die im hierzu massgeblichen Leitentscheid BGE 121 V 190 (E. 4) geforderte fehlende Eingliederungsfähigkeit nach Ablauf des Wartejahres

(vgl. E. 4.1 hiervor) bezog sich somit auf die damaligen beruflichen Massnahmen mit entsprechender voraussichtlicher Eingliederungswirksamkeit. Bei Vorliegen einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in einer leidensangepassten Tätigkeit - wie hier von Dr. O.____ bis am 19. März 2006 (Urk. 6/333/9)

festgestellt - wären damals keine beruflichen Massnahmen nach Art. 8 IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) in Betracht gefallen. Erst bei Vorliegen einer Teilarbeitsfähigkeit wäre der Grundsatz « Eingliederung vor Rente »

zum Tragen gekommen und

erst dann galt somit , dass

eine Rente erst zugesprochen werden kann , wenn zuvor der Anspruch auf berufliche Massnahmen geprüft wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_885/2008 vom 8. April 2009 E. 7).

Laut der Beurteilung des RAD-Arztes Dr. O.____ war eine Arbeitsfähigkeit indes erst wieder ab dem 20. März 2006 gegeben und bestand ab dem Unfall vom 3. Oktober 2003 bis am 19. März 2006 keine Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/333/9) . Wie sich aus dem Nachfolgenden (E. 4.3) ergibt, ist die Beurteilung des RAD-Arztes einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit vom 3. Oktober 2003 bis 19. März 2006 denn auch mit den übrigen medizinischen Akten jener Zeit vereinbar.

Somit kamen berufliche Massnahmen auch nach dem 26. Oktober 2004 noch nicht ernsthaft in Frage. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin ist eine Eingliederungsfähigkeit ab Oktober 2004 somit nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen. 4.2.3

Es ist damit festzuhalten, dass bis am 19. März 2006 keine Eingliederungsfähigkeit bestand. Der Rentenanspruch

ist nach Ablauf des Wartejahres am 3. Oktober 2004

folglich hernach zu prüfen (E. 4.3 und E. 5) . 4.3 4.3.1

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer sich beim Unfall vom

3. Oktober 2003 (6/7/89)

eine

mehrfragmentäre Radiusköpfchenfraktur links und

eine Tibiakontusion rechts

zu zog

(Urk. 6/7/89, Urk. 6/7/86) . Im weiteren Verlauf wurde zudem eine

Supraspinatus -Partiellläsion

an der linken Schulter

mit fettiger Degeneration im Bereich des (Musculus) Infraspinatus

und Teres minor festgestellt (Urk. 6/7/73, Urk. 6/7/45, Urk. 6/7/29-30, Urk. 6/7/13/9) .

Der Beschwerdeführer wurde am linken Ellbogen am 6. Oktober 2003 (offene Reposition, Schraubenosteosynthese, Urk. 6/7/86) und

am 3. September 2004 (Arthrolyse , Entfernung des Osteosynthesematerials [OSME];

Urk. 6/7/56) sowie an der linken Schulter am 7. März 2005 (arthroskopische

Supraspinatussehnenreinsertion ; Urk. 6/7/29-30) operiert.

Dem Bericht des Operateurs Dr. med. S.____ , Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, vom 3. November 2004 zur Untersuchung vom 26. Oktober 2004 ist zu entnehmen, dass

der postoperative Verlauf nach der Operation vom 3. September 2004 sich mehr oder weniger problemlos gestaltet habe. Die Ellbogenbeschwerden würden weiterhin mit

Physiotherapie und selbständigen Übungen behandelt. In der Zwischenzeit leide der Beschwerdeführer nun auch unter linksseitigen Handgelenks -

und Schulterbeschwerden, die anfänglich nicht im Vordergrund gestanden hätten. Die Arthro-

o-Magnetresonanztomographie (MRT) des linken Handgelenkes vom 13. Oktober 2004 (

Urk. 6/8/6) sei ohne Pathologie ausgefallen, es sei jedoch dennoch eine scapholunäre Bandinstabilität links wahrscheinlich. Hierzu müsste eine Handgelenkarthroskopie zur

genauen Diagnosestellung durchgeführt werden. Die klinische Untersuchung der linken Schulter zeige eine stark eingeschränkte Innenrotation. Diesbezüglich werde der

Beschwerdeführer zur Abklärung und allenfalls Therapie an Dr. med. T.____ , Facharzt für Chirurgie, überwiesen (Urk. 6/7/53-54).

Dr. T.____ hielt im Bericht vom 27. Januar 2005 fest, der Beschwerdeführer gebe

Schulterbeschwerden vor allen in Bewegung an. Die Elektromyographie (EMG;

neurologische Untersuchung von Dr. med. U.____ , Facharzt für Neurologie, vom 20.

Januar 2005, Bericht vom 21. Januar 2005, Urk. 6/8/10-11) habe nur eine diskrete Läsion des Nervus

cutaneus

antebrachii

posterior links gezeigt, welche aber keinen Einfluss auf die Schulterbeschwerden haben

könne. Weil das MRT eine geringe Supraspinatus -Partiellläsion bestätigt habe, die

EMG-Untersuchung unauffällig gewesen sei und der Beschwerdeführer immer noch an

Schmerzen leide, habe er eine operative Sanierung (SAS ; Subakromialsyndrom)

empfohlen (Urk. 6/8/12).

Im Bericht vom 21. Februar 2005 erklärte

Dr. T.____, dass eine umschriebene Schmerzhaftigkeit über der Supraspinatussehne im Vordergrund stehe, wo im MRT auch der Befunde liege. Ansonsten gebe der Beschwerdeführer wenig Beschwerden und eine sehr gute Kraft an. Es sei daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer das Beschwerdebild nicht aggraviere. Er habe den Beschwerdeführer darauf hingewiesen, dass die postoperative Arbeitsunfähigkeit in seinem Beruf drei bis vier Monate sein werde (Urk. 6/8/13).

Im Kurzbericht vom 8. März 2005 zur stationären operativen Behandlung vom 7. bis 8. März 2005 in der Klinik Chirurgie (des V.____) wurde das Tragen des Abduktionskissens für vier Wochen, ab der 5. Woche den Beginn von aktiv assistiven Übungen, ab der 7. Woche aktive Übungen und keine Belastung für drei Monate empfohlen (Urk. 6/7/29).

Zum postoperativen Verlauf nach der Schulter-Operation vom 7. März 2005 (Urk. 6/7/29-30) erklärte Dr. T.____ im Bericht vom 27. Juli 2005, es zeige sich postoperativ ein massiv verzögerter Verlauf. Der Beschwerdeführer leide an starken Schmerzen und es bestehe eine Steifigkeit der Schulter. Er habe die Diagnose unklare Schulterschmerzhaftigkeit bei Status nach PASTA-Revision am 7. März 2003 gestellt. Die Behandlung bei ihm sei abgeschlossen, der Beschwerdeführer werde an die W.____ überwiesen (Urk. 6/23/215).

Der Kreisarzt der Suva, Dr. med. AA.____,

hielt zur Untersuchung vom 18. Oktober 2005 im Bericht gleichen Datums fest, durch die Operation am linken Ellbogen vom 3. September 2004 habe das Extensionsdefizit von 50 auf 35 Grad verringert und die Flexion von 115 auf 135

Grad sowie die Umwendbewegung Pronation/Supination von 70-0-70 auf 80-0-80 Grad verbessert werden können. Dieses Ergebnis habe nicht ganz gehalten werden können. Das Extensionsdefizit betrage nun wieder 40 Grad, die Flexion gelinge bis 130 Grad und die Supination habe von 80 auf 60 Grad abgenommen. Im Vordergrund stehe aber die Frozen Shoulder rechts (richtig: links) nach operativer Behandlung einer Mini rotatorenmanschettenläsion. Unter konsequenter Physiotherapie, medikamentös unterstützt

und nach einer erfolgreichen AC-Gelenksinfiltration habe sich die aktive Elevation von initial 30 Grad bis auf heute 60 Grad verbessert und die Abduktion von 20 auf 45 Grad. Die Arbeitsunfähigkeit sei noch ausgewiesen. Reine Chauffeur-Tätigkeiten im Betrieb könnte der Beschwerdeführer versuchen, was auch psychologische Vorteile hätte. Anderweitige manuelle Mitarbeiten im Beruf, aber auch Lade- und Entladearbeiten im Rahmen der Chauffeur-Tätigkeit seien noch nicht möglich. In diesem Sinne werde auch die 100%ige Arbeitsunfähigkeit weiter bestätigt. Seitens des linken Handgelenkes sei der Beschwerdeführer schon fast wieder beschwerdefrei. Diesbezüglich bestehe zumindest im Moment kein weiterer therapeutischer Handlungsbedarf. Hingegen könne das Ellbogengelenk in die mobilisierende Physiotherapie eingeschlossen werden

(Urk. 6/13/14-15).

Die Ärzte der Orthopädie der W.____

hielten

im Bericht vom 7. November 2005 die folgenden Diagnosen fest: Frozen

Shoulder links mit/bei Status nach PASTA- Repair am 7. März 2005 bei Supraspinatus-Partialläsion, AC-Gelenks- Arthropathie links, posttraumatische Ellbogen-Arthrose bei Status nach Ellbogenluxationsfraktur und Radiusköpfchen-Trümmerfraktur links am 1. Oktober 2003 (richtig: 3.

Oktober 2003, Urk. 6/7/89) bei Status nach Schrauben-Osteosynthese im Oktober 2003 und Metallentfernung sowie Ellbogenrevision im Oktober 2004. Im postoperativen Verlauf zur Schulter operation vom 7. März 2005 hätten sich deutliche Schulterschmerzen und eine Frozen

Shoulder entwickelt. Dadurch sei die Rehabilitation/Mobilisation einerseits der Schulter, andererseits des Ellbogens links erschwert. Aktuell bestünden deutliche bewegungsabhängige Schmerzen im Bereich der Schulter und Schmerzen im Bereich des Ellbogens links bei forcierter Extension beziehungsweise Flexion. Nach gutem Ansprechen auf die AC-Gelenksinfiltration im linken Schultergelenk werde eine arthroskopische AC-Gelenksresektion mit Messung der passiven Schulter-Bewegungsumfänge sowie bei steifer Schulter unter Narkose eine Narkosenmobilisation und/oder Capsulotomie

empfohlen.

Die Prognose bleibe bei der Vorgeschichte ungewiss. Bezüglich des linken Ellbogens werde falls nötig ein Revisionseingriff nach dem Schultereingriff empfohlen. Je nach den Befunden einer Arthro-Computertomographie des Ellbogens und den neuen Röntgenbefunden könnten ein Gelenksdébridement, eine anteriore

Capsulotomie und eine eventuelle Radiusköpfchen-Resektion diskutiert werden (Urk. 6/13/9-10).

Vom 16. Januar bis 22. Februar 2006 wurde der Beschwerdeführer in der E. stationär behandelt. Gemäss dem Austrittsbericht vom 20. März 2006 (Urk. 6/14/1-6) und dem Bericht über das Ergonomie-Trainingsprogramm gleichen Datums (Urk. 6/14/7-16) hätten die folgenden arbeitsbezogen relevanten Probleme bestanden: Funktionsstörung des linken Schultergelenkes mit deutlichen Bewegungseinschränkungen in allen Richtungen, belastungs- und positionsabhängig verstärkte Schmerzen, Funktionsstörung des linken Ellbogengelenks mit deutlich eingeschränkter Beweglichkeit für Beugung und Streckung (Extensionsdefizit von 35 Grad) sowie für Umwendbewegungen mit belastungsabhängig verstärkten, ziehenden und im Tagesverlauf kumulierenden Schmerzen sowie gelegentlichem Blockierungsgefühl des linken Vorderarmes und Handgelenkes. Während des Ergonomie- Trainingsprogramm s

sei festgestellt worden, dass die Möglichkeit zur Erarbeitung von aktivitätsbezogenen Zielen und die Lernbereitschaft für einen optimalen Umfang mit Symptomen und Einschränkungen mässig gewesen seien sowie,

dass die Leistungsbereitschaft im Wesentlichen fraglich gewesen sei. Zwar bestehe eine Reizsymptomatik am linken Ellbogengelenk mit eingeschränkter Beweglichkeit und kumulierenden Beschwerden. Die Beobachtungen bei den Tests hätten dennoch auf eine Tendenz zur Selbstlimitierung hingewiesen. Die Konsistenz bei den Tests und im Training

seien mässig gewesen. Es hätten vor allem bezogen auf die Trainingsleistungen eine leichte Verbesserung der Belastungstoleranz erreicht werden können. Die bisherige berufliche Tätigkeit als Gipser sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Zumutbar seien dagegen körperliche leichte Tätigkeiten ganztags ohne Einsatz des linken Armes über Brusthöhe sowie ohne wiederholten Krafteinsatz des linken Armes (Urk. 6/14/1-3, Urk. 6/14/7-8).

Gemäss dem Bericht der E.____ vom 21. Februar 2006 zum psychosomatischen Konsilium gleichen Datums war ein solches wegen des Verdachts auf eine psychisch mit bedingte Schmerzproblematik vorgenommen worden (Urk. 6/27/64). Der Beschwerdeführer habe anlässlich des aktuellen Ergonomietrainings über eine belastungsabhängige Schmerzzunahme geklagt, aber zugleich auch eine verbesserte Kondition angegeben. Der in der Psychomotorik und Stimmung etwas gedämpft wirkende Beschwerdeführer klagt subjektiv im psychischen Bereich über eine erhöhte Reizbarkeit und Ungeduld in Sozialkontakten sowie über Besorgtheit rund um seine künftige Leistungsfähigkeit im Beruf. Er zeige auch eine gewisse Ängstlichkeit in Bezug auf körperliche Belastungen und künftige operative Eingriffe, wobei dieser affektiven Auslenkung noch kein deutlicher Krankheitswert zukomme. Insgesamt dürften die lang dauernde Arbeitsunfähigkeit und die chronifizierte Schmerzproblematik zu diesen psychischen Veränderungen beigetragen haben. Auf der anderen Seite neige der Beschwerdeführer zu psychosomatischer Symptombildung mit vegetativen Beschwerden (Hypertonie, Pollakisurie, saures Aufstossen, Atembeengung, Schlafstörungen), so dass daraus auf eine wahrscheinliche Überlagerung der Schmerzsymptomatik geschlossen werden dürfe (Urk. 6/27/66-67). 4.3.2

Bei dieser medizinischen Sachlage ist die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. O.____ einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit bis nach Abschluss der stationären Rehabilitation Anfang 2006 nicht zu beanstanden. Denn zum einen liegen keine anderweitigen Einschätzungen bezüglich einer leidensangepassten Tätigkeit bis zur stationären Rehabilitation (Urk. 6/14) vor. Zum anderen wurde bereits kurz nach der zweiten Ellbogenoperation vom 3. September 2004 (Urk. 6/7/56) die Schulterbeschwerden links (Untersuchung durch Dr. S.____ vom 26. Oktober 2004, Urk. 6/7/53-54) sowie die Indikation zur Operation der linken Schulter festgehalten (Bericht von Dr. T.____ vom 27. Januar 2005, Urk. 6/8/12), welche wenige Wochen darauf am 7. März 2005 erfolgte (Urk. 6/7/29-30). Ausserdem traten nach der Schulteroperation ein massiv verzögerter Verlauf mit weiterhin behandlungsbedürftigen

Schulterbeschwerden ein

(Urk. 6/13/9-10, Urk. 6/23/215). Der Kreisarzt Dr. AA.____

bescheinigte im Oktober 2005 denn auch noch keine Arbeitsfähigkeit, sondern empfahl lediglich einen Arbeitsversuch als Chauffeur ohne zusätzliche manuelle Tätigkeiten (Urk. 6/13/15). Bei Komplikationen im postoperativen Verlauf und multiplen Beschwerden an der linksseitigen oberen Extremität ist eine verlängerte Rehabilitationszeit von rund zehn Monaten (anstatt der prognostizierten drei bis vier Monaten; Urk. 6/7/29, Urk. 6/8/13) nachvollziehbar.

Die von den Ärzten der E.____

im Austrittsbericht vom 20. März 2006 schliesslich attestierte

100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit

(Urk. 6/14/2) wurde nachvollziehbar begründet und beruht auf umfassender stationärer Abklärung samt psychosomatischem Konsilium mit überzeugend begründeten Schlussfolgerungen (Urk. 8/27/64-67) . Dabei kam einer kritischen Würdigung der subjektiven Angaben und deren genauen Abgrenzung zu den objektivierbaren Befunden bei festgestellter Tendenz zur Selbstlimitierung (Urk. 6/14/3, Urk. 6/14/8) und psychischer Überlagerung der Schmerzsymptomatik mit einer Neigung zu psychosomatischer Symptombildung (Urk. 6/27/67) besonderes Gewicht zu, was korrekt beachtet wurde. Zusätzlich beachteten die Ärzte der E.____ auch die Beschwerdekumulation im Tagesverlauf , indem sie die zumutbare Arbeitsbelastung (gemäss DOT-Kategorie) etwas tiefer, nämlich auf eine mindestens leichte Arbeit, klassifizierten (Urk. 6/14/2). Auf die Einschätzung der Ärzte der E.____ ist daher abzustellen. 4.3.3

Somit ist v om 3. Oktober 2004 (Ablauf des Wartejahres) bis am 1 9. März 2006

mit der Einschätzung des RAD-Arzt Dr. O.____ (Urk. 6/333/9) von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit und ab dem 2 0. März 2006 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, die linke obere Extremität schonende n Tätigkeit ohne Einsatz des linken Armes über Brusthöhe und ohne wiederholten Krafteinsatz für den linken Arm (Urk. 6/14/2) und mit dieser gänzlichen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von der Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen. 5. 5.1

In Bezug auf die Zeit nach Austritt aus der E.____

im Frühjahr 2006 (Urk. 6/ 14/1) bis zum Beginn der beruflichen Massnahmen ab dem 31. Januar 2011 (B.____ -Abklärung; Urk. 6/ 105) schloss der RAD-Arzt Dr. O.____ entsprechend der Einschätzung im Austrittsbericht der E.____ vom 2 0. März 2006 (Urk. 6/14/2) fortwährend auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepasste n Tätigkeit (Urk.

6/333/9) . Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein , sein Gesundheitszustand habe sich damals in somatischer und psychischer Hinsicht verschlechtert, indem nach der Operation vom 7. Mär z 2005 mehr Schmerzen am linken Schultergelenk und nun auch an der rechten Extremität Beschwerden aufgetreten seien ,

sowie

indem sich die depressive Reaktion

ab 2006 bis mindestens 2009 zu einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode entwickelt habe

(Urk. 1 S. 5 ff.).

Den medizinischen Akten ist bezüglich des Zeitraum s von März 2006 bis Januar 201 1 das Folgende zu entnehmen. 5.2

5.2.1

In somatischer Hinsicht wurde am 29. Juni 2006 ein e

Arthro -MRT-Untersuchung des linken Schultergelenkes durchgeführt

(Urk. 6/23/115) .

Gemäss dem Bericht von Dr. med. BB.____, Facharzt für Chirurgie, vom 10. Juli 2006 ergab diese Unregelmässigkeiten im Bereich der rekonstruierten Rotatorenmanschette mit kleinen longitudinalen Rissbildungen, hingegen keine durchgehende Manschetten-Läsion, gleichzeitig aber auch ein hochgradiges Impingement, was seines Erachtens vorwiegend die Schmerzproblematik verursache. Ein geschrumpfter Rezessus axillaris könne nicht erkannt werden, hingegen würden die MRT-Aufnahmen eine zum Teil doch erhebliche Defektbildung des gleno-humeralen Knorpels zeigen. Es bestehe also bereits eine mässige Omarthrose, was ebenfalls zu Schmerzen führen könnte. Diese Omarthrose sei bei den Voruntersuchungen, insbesondere auch im Operationsbericht (vom 7. März 2005, Urk. 6/7/30), nicht erwähnt worden. Es sollte eine offene Revisions-Operation des linken Schultergelenkes mit schrittweiser Korrektur vorgenommen werden (Urk. 6/23/113).

Dr. med. CC.____, Facharzt für Orthopädie, erklärte im Bericht vom 15. November 2006 in Vertretung von Dr. BB.____, es bestehe eine unverändert analgetikabedürftige Schulterschmerzhaftigkeit links mit der Unfähigkeit, den linken Arm über die Schulterhorizontale anzuheben. Zusätzlich sei der Beschwerdeführer durch ein Streckdefizit des linken Ellbogens beeinträchtigt. Die Physiotherapie sei zwischenzeitlich abgesetzt worden. Es liege seines Erachtens eine Frozen-Shoulder-Situation an der linken voroperierten Schulter mit einer Restpathologie der Supraspinatussehne vor. Wie Dr. BB.____ schlage er eine Reoperation mit diagnostischer Schulterarthroskopie, offener subacromialer

Adhäsionolyse und Erweiterung sowie möglicher Supraspinatussehnen-Revision vor. Erst intraoperativ könne entschieden werden, ob ein unauffälliger Status der Rotatorenmanschette vorliege und nicht einzig eine Narkosenmobilisation des linken Schultergelenkes durchgeführt sowie der weitere Verlauf unter intensiver Physiotherapie abgewartet werden müsste. Von Seiten des linken Ellbogens werde keine operative Therapie vorgesehen (Urk. 6/23/101-102).

Der Kreisarzt der Suva Dr. med. DD.____, Facharzt für Chirurgie, untersuchte den Beschwerdeführer in der Abschlussuntersuchung vom 16. Januar 2007 und hielt fest (Bericht gleichen Datums), der Beschwerdeführer (Rechtshänder) leide subjektiv an einem erheblichen Ruheschmerz an der linken Schulter und am linken Ellbogen mit Ziehen gegen die linke Nackenseite. Bei einer Flexion von 60 Grad und einer Seitwärtselevation von 60 Grad bestehe an der linken Schulter eine erhebliche Funktionseinschränkung. Die Funktionseinschränkung am linken Ellbogen sei mässig. Die rohe Faustschlusskraft an der linken Hand betrage noch ein Viertel der gesunden dominanten rechten Seite. Dazu werde indes auf den Bericht über das Ergonomietrainingsprogramm vom 20. März 2006 verwiesen, worin erwähnt werde, dass die Leistungsbereitschaft als fraglich zu beurteilen gewesen sei und eine Tendenz zur Selbstlimitierung bestanden habe. Den ärztlichen Kollegen sei die reduzierte Handkraftmessung links klinisch nicht plausibel. Sofern der Beschwerdeführer kein Vertrauen in den Operateur habe, sei auf eine weitere invasive Massnahme wie vom Stellvertreter von Dr. BB.____ vorgeschlagen worden sei (Urk. 6/23/101-102), zu verzichten. Die Zumutbarkeit der Arbeitsfähigkeit könne dem Bericht über das Ergonomietrainingsprogramm (Urk. 6/14/7-11) entnommen werden (Urk. 6/23/93-95).

Am 10. Juli 2007 wurde der Beschwerdeführer auf Überweisung des Hausarztes in der Orthopädie der D.____ abgeklärt. Gemäss dem Bericht vom 10. Juli 2007 habe der Beschwerdeführer über multiple Beschwerden im linken Schultergürtel und im Bereich der Wirbelsäule geklagt. Im Vordergrund stünden der linke Ellbogen, wo eine Bewegungseinschränkung persistiere, und - seitens der Schmerzen - vor allem das linke Schultergelenk. Seitens des linken Ellbogens könne dem Beschwerdeführer keine orthopädisch-chirurgische Alternative angeboten werden und die Prognose bei einem erneuten Eingriff sei wenig erfolgversprechend. Seitens des linken Schultergelenkes würden

eine Arthro -MRT-Untersuchung und die radiologische Evaluation des linken Handgelenkes vorgenommen (Urk. 6/27/96-97).

Im Bericht vom 13. September 2007 stellten die Ärzte der D.____

sodann fest, das Arthro -MRT der linken Schulter vom 4. September 2007 habe keinen Nachweis einer Ruptur der Rotatorenmanschette, keine wesentlichen entzündlichen Veränderungen in der Bursa und wahrscheinlich eine leichte retraktile

Kapsulitis gezeigt. Die konventionellen Röntgenbilder des linken Handgelenkes hätten geringgradig degenerative Veränderungen bei regelrechter palmarer und ulnärer Inklination bei Status nach Fraktur, regelrechter Form der Gilula -Linien, SL-Distanz im Normbereich und radial wie ulnar

Styloid in situ ergeben. Sämtliche bildgebenden Verfahren hätten keine Erklärung für die starken Schmerzzustände, weder in der linken Schulter noch im linken Handgelenk, gezeigt (Urk.

6/27/98).

Im Bericht der D.____ vom 13. Dezember 2007 wurde ausgeführt, die unklaren Schulterschmerzen bei sonographisch und MR-tomographisch intakter Reinsertion der linksseitigen Rotatorenmanschette sei mit Dry needling erfolglos symptomatisch behandelt worden. Der Beschwerdeführer gebe weiterhin starke bis stärkste linksseitige Schulterschmerzen bei geringen Bewegungen/Belastungen an, welche weit ausserhalb des Normalen nach einer arthroskopischen

Reinsertion liegen würden. Arthro -magnetresonanztomographisch sei die Reinsertion intakt, andere pathologische Befunde hätten nicht erhoben werden können. Die Therapie sei rein symptomatisch zu wählen. Seitens des Ellbogens links bestehe eine unveränderte Situation wie in den Vorbefunden festgehalten. Es würden

diesbezüglich jegliche operativen Versuche, die Beweglichkeit zu verbessern, abgelehnt. Aufgrund der posttraumatischen Arthrose sei eine Intervention mit einem solchen Ziel unrealistisch. Hinzu komme ein schmerzhafter rechter Ellbogen, der durch den Hausarzt bereits mit Steroiden infiltriert worden sei. Es bestehe ein starker Druckschmerz über dem Radiusköpfchen lateral mit Schmerzprovokation bei Dorsalextension des rechten Handgelenkes. Die aktive und passive Beweglichkeit sei uneingeschränkt (Urk. 6/27/28).

Laut dem Bericht in der Rheumatologie der D.____

vom 23. Januar und vom 20. Februar 2008 bestanden Anfang 2008 Schulterschmerzen links ventral von stechendem Charakter und im Bereich der Scapula links bis nach okzipital links ausstrahlend, interscapuläre Schmerzen an der Brustwirbelsäule (BWS),

Ellbogenschmerzen links von wechselndem Charakter und am linken Handgelenk ein intermittierendes Blockieren mit Schmerzbegleitung. Vor etwa sechs Monaten seien auch Ellbogenschmerzen rechts aufgetreten; diesbezüglich werde eine Epicondylitis (humeri) lateralis

diagnostiziert. Die Ellbogenbeschwerden links könnten auf posttraumatisch degenerative Veränderungen zurückgeführt werden. Sonographisch

habe neben degenerativen Veränderungen des Radiusköpfchens links wenig chronischer Erguss des linken Ellenbogens festgestellt werden können. Es sei hierzu die Diagnose posttraumatische Ellenbogengelenksarthrose links gestellt worden. Bezüglich des linken Schultergelenks sei die Diagnose einer chronischen Periarthropathia

humeroscapularis links gestellt worden. Es finde sich eine Schulterprotraktionsstellung mit einer ausgeprägten wahrscheinlich aufgrund einer Schonhaltung zustande gekommenen muskulären Dysbalance mit Myogelosen und Triggerpunkten vor allem auf der linken Seite des Schultergürtels. Ausserdem bestehe bei leichtgradig eingeschränkter Aussenrotation links im Vergleich zu rechts klinisch der Verdacht auf eine Kapselschrumpfung, was kernspintomographisch als wahrscheinlich dokumentiert worden sei. Bei den thorakovertebralen Beschwerden (zirka auf Höhe Brustwirbelkörper [BWK] 5/6) seien klinisch eine eingeschränkte Beweglichkeit und Irritationszonen von BWK 5/6 hinweisend auf Blockierungen zu finden. Radiologisch zeige sich eine beginnende rechtsbetonte Atlanto-dental Arthrose und eine beginnende rechtsbetonte Osteophytenbildung auf Höhe BWK 9/10 bei ansonsten unauffälligem radiologischen Befund. Die Magnetresonanztomographie der HWS und BWS vom 4. Februar 2008 habe eine kleine flache dorsale Diskushernie C6/7 paramedian bis mediolateral links gezeigt, indes ohne Nachweis einer Myelonkompression und ohne intraspinale Raumforderung oder Neoplasie. Diagnostisch sei ein Status nach thorakalem Scheuermann gegeben. Die Untersuchung der beklagten Handgelenksschmerzen links würden palpatorisch keine Synovitis zeigen. Sonographisch könnten weder Erguss noch synoviale Proliferationen nachgewiesen werden. Auf der rechten Seite (asymptomatische Seite) finde sich ein Handgelenksganglion wahrscheinlich ausgehend vom scapho-lunären Ligament (Urk. 6/27/24-26, Urk. 6/27/22-23).

Der Chirurg Dr. S. _____

berichtete am 2. März 2009 zur Untersuchung vom 25. Februar 2009, angesichts der reduzierten Belastbarkeit der linken oberen Extremität habe der Beschwerdeführer wahrscheinlich seinen rechten Arm chronisch überbelastet, mit einer Exacerbation während des Praktikums in einem anderen Beruf vor zirka einem Jahr. Es habe sich eine ausgeprägte Epicondylitis

humeri

radialis entwickelt, die nach anfänglichen Erfolgen mit konservativer Behandlung mittlerweile therapieresistent sei; es liege damit ein Supinatorsyndrom vor. Die Nachtschmerzen seien seines Erachtens ein Hinweis darauf, dass der Ramus

profundus des Nervus

radialis durch die fibrotischen Veränderungen komprimiert sei. Grundsätzlich empfehle er eine operative Entlastung der Nerven; der Beschwerdeführer möchte zuerst jedoch

nochmals konservative Behandlungen versuchen (Urk. 6/47).

Der Hausarzt Dr. med. N.____ führte im Bericht vom 29. Mai 2009 aus, der Beschwerdeführer leide nach wie vor unter rezidivierenden, zum Teil starken Schmerzen, insbesondere am rechten Arm . Bisherige Therapieversuche seien subjektiv ohne Besserung. In diagnostischer Hinsicht sei die Diagnose einer überlastungsbedingten Epicondylitis

humeri

radialis rechts mit Weiterentwicklung zum Supinator -Syndrom festzuhalten. Des Weiteren liege eine insgesamt regrediente links-lumbale Schmerzsymptomatik vor, klinisch am ehesten der Wurzel S1 zuzuordnen, klinisch-neurologisch ohne Hinweise für ein radikuläres Ausfallssyndrom. Die Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule (LWS) habe eine kleine mediane Diskushernie L5/S1 ohne sichere Kompromittierung

radikulärer Strukturen gezeigt. Ausserdem bestehe eine Foramina stenose L2/3 unklarer Signifikanz (Urk. 6/42).

Die Ärzte der Orthopädie der D.____ hielten in den Berichten vom 6. und 26. August 2009 fest, der Beschwerdeführer sei nach der initialen Beurteilung durch Dr. S.____ zur Zweitmeinung bei aktivierter Epicondylitis

humeri

radialis rechts zugewiesen worden. Der Beschwerdeführer habe zwei Tage vor der Operation den Termin aus Angst abgesagt. Das Arthro -MRT der rechten Schulter (richtig: des rechten Ellbogens; vgl. Urk. 6/67/9) vom 26. August 2009 zeige keine Ruptur oder Läsion der Extensor carpi

radialis -Sehnen im Bereich des rechten Epicondylus

humeri

radialis . Ebenso könne eine intraartikuläre Schmerzursache ausgeschlossen werden. Unter der aktuellen bildgebenden Diagnostik würden sie keine Indikation für eine operative Intervention sehen . Es werde die Fortführung von konservativer Behandlung empfohlen (Urk. 6/67/6-10).

Gemäss den Berichten der Rheumatologie der D.____ vom 10. Februar und 23. März 2010 wurde der Beschwerdeführer initial von der Orthopädie zugewiesen. Es habe erneut eine deutliche, zirka 50%ige Schmerzreduktion im Ellbogengelenk rechts bei Epicondylitis erreicht werden können. Nun sei aber wieder das linke Ellbogengelenk am Aufflammen. In der durchgeführten 3-Phasen-Skelettszintigraphie hätten indes keine wesentlichen Entzündungsreaktionen am Epicondylus beidseits festgestellt werden können ; es sei lediglich zu infraartikulären Anreicherungen einer posttraumatischen Ellbogengelenksarthrose linksseitig gekommen. Bei negativer Operationsindikationsstellung sei nun über eine stationäre Rehabilitation nachzudenken. Ausserdem sei der Beschwerdeführer bei vermehrt depressiver Entwicklung Prof. Dr. med. EE.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Leitender Arzt des FF.____ der D.____ , zur Beurteilung und Feststellung der möglichen negativen Kontextfaktoren sowie zur Einstellung einer möglichen schmerz distanzierenden Therapie zuzuweisen (Urk. 6/76/ 9-11) .

Der Kreisarzt der Suva ,

Dr. med. GG. __ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte in der Stellungnahme vom 7. April 2010 aus, es sehe danach aus, dass ein durch die Psyche dominiertes Schmerzsyndrom im Vordergrund stehe, da etwa auch in der 3-Phasen-Skelettszintigraphie keine Entzündungszeichen am Epicondylus beidseits festgestellt worden seien; dennoch seien Behandlungen im Sinne einer aktivierten Epicondylitis

latera l is rechts durchgeführt worden. Diese Widersprüche würden auf eine von der psychischen Situation dominierte Kausalität der Schmerzen hinweisen. Hinweise auf eine Operationsindikation habe er nicht gefunden. Eine stationäre Rehabilitations massnahme hauptsächlich bezogen auf den Bewegungsapparat sei nicht indiziert. Auch von einer ambulanten Physiotherapie sei keine wesentliche Besserung zu erwarten , bevor die psychische Seite nicht abgeklärt und gegebenenfalls auch stabilisiert sei (Urk. 6/76/7).

Der Leiter des FF. __ der D. __ Prof. Dr. EE. __

erklärte im Bericht vom 16. April 2010 zur konsiliarischen Untersuchung in der Schmerzsprechstunde gleichen Datums, in der gesamten Situation bestünden massive psychische Probleme, dazu massive Schlafstörungen. Aus seiner Sicht seien die therapeutischen Optionen ausgeschöpft , und eine Umschulung/ berufliche Eingliederung in eine zumutbare Tätigkeit wäre der zu empfehlende Weg (Urk. 6/76/4).

Dr. med.

HH. __ von der Orthopädie der D. __ hat im Bericht vom 6. Mai 2010 aufgrund der Diagnose einer Epicondylopathia

humero- radialis rechts erneut zur Indikation für eine Operation am rechten Ellbogen Stellung genommen und erklärt, die Problematik sei ausgesprochen multiartikulär . Eine operative Intervention am rechten Ellbogen lehne er wegen der polyartikulären Symptomatik und des Fehlens von harten Fakten in der Bildgebung ab. Hier sei das Arthro -MRT wie auch der szintigraphische Befund weitgehend unauffällig , so dass ein Operationserfolg nur sehr unzureichend vorhergesagt werden könne (Urk. 6/80/8-9).

Im Bericht vom 28. Juni 2010 erklärte Dr. HH. __ zu Fragen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (Urk. 6/80/3), dieser sei seines

Wissens aktuell zu 100 % arbeitsunfähig. Aus orthopädischer Sicht sei der Bewegungsapparat deutlich funktionseingeschränkt. Eine volle Arbeitsfähigkeit, auch in einer leidensangepassten Tätigkeit sei nicht realistisch. Eine schrittweise , auch niederprozentige Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag wäre wünschenswert (Urk. 6/80/2). 5.2 .2

Wie sich aus diesen medizinischen Berichten ergibt, klagte der Beschwerdeführer im Anschluss an die Behandlung in der E. __ im Jahr 2006 weiterhin hauptsächlich über Beschwerden an der linken oberen Extremität. Weiterhin bestanden - wie schon von den Ärzten der E. __ festgestellt worden war (Urk. 6/14/1, Urk. 6/14/4-5) - insbesondere eine analgetikabedürftige Schulterschmerzhaftigkeit mit der Unfähigkeit , den linken Arm über die Schulterhorizontale anzuheben , und ein Streckdefizit des linken Ellbogens (Urk. 6/23/101-102, Urk. 6/23/113). Zwar wurde von Dr. BB. __ und Dr. CC. __ im Juli und November 2006 eine Indikation zu einer Reoperation am linken Schultergelenk bei hochgradigem Impingement und mässiger Omarthrose gesehen (Urk. 6/23/101-102,

Urk. 6/23/113). Eine solche wurde jedoch schliesslich nicht durchgeführt, und der Kreisarzt Dr. DD. ___ verwies in seinem Abschlussbericht vom 16. Januar 2007 unter anderem mit Hinweis auf die Tendenz des Beschwerdeführers zur Selbstlimitierung weiterhin auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gemäss dem Bericht der E. ___ (Urk. 6/23/95) und damit auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Hinzu kommt, dass die weiteren Abklärungen in der D. ___ ab Juli 2007 keine objektivierbaren Befunde ergaben, welche die starken Schmerzzustände in der linken oberen Extremität hätten erklären können; sämtliche bildgebenden Verfahren im weiteren Verlauf zeigten insbesondere keine Erklärung für die starken Schmerzzustände in der linken Schulter und im linken Handgelenk (Urk. 6/27/98). Dementsprechend wurde auch die Indikation zu einer Reoperation des linken Schultergelenkes bei intakter Reinsertion und ohne weitere pathologische Befunde von den Ärzten der D. ___ verneint (Urk. 6/27/28). Auch die erneute bildgebende Abklärung des linken Ellbogengelenkes infolge Wiederauflebens der linksseitigen Ellbogenschmerzen im Frühjahr 2010 ergab - über die zuvor festgestellte Arthrose (Urk. 6/27/24-26, Urk. 6/27/28, Urk. 6/27/97) hinaus - keine Befunde im Sinne einer wesentlichen Entzündungsreaktion (Urk. 6/76/9-11).

Eine erhebliche Verschlechterung der oberen linken Extremität ab März 2006, welche entgegen der Einschätzung des RAD-Arztes Dr. O. ___ (Urk. 6/333/9) die Arbeitsaufnahme einer die linke Extremität schonenden Tätigkeit bis zum Beginn der beruflichen Eingliederungsmassnahmen im Januar 2011 ausgeschlossen hätte, ist damit nicht anzunehmen. 5.2. 3

Auch bezüglich der geklagten neuen Beschwerden am rechten Ellbogen ergibt sich kein anderes Bild. Diese wurden erstmals im Bericht der D. ___

vom 13. Dezember 2007 erwähnt (Urk. 6/27/28); gemäss dem Bericht vom 23. Januar 2008 waren sie

ab zirka Mitte 2007 aufgetreten (Urk. 6/27/25). Die Befunde beschränkten sich auf Druckschmerzhaftigkeit bei aktiver und passiver uneingeschränkter Beweglichkeit (Urk. 6/27/28). Erst im Jahr 2009 wurde die Indikation zu einer operativen Versorgung abgeklärt, nachdem sich die Beschwerden verschlimmert hätten mit Ausbreitung nach distal und Ausstrahlung ins rechte Handgelenk und auch Nachtschmerz aufgetreten sei (Urk. 6/47/1). Die Empfehlung von Dr. S. ___ zu einer operativen Nervenentlastung am rechten Ellbogengelenk erfolgte gemäss dessen Bericht vom 2. März 2009 indes lediglich aufgrund anamnestischer Angaben und klinischer Feststellungen (schmerzbedingt endphasig leicht eingeschränkte Beweglichkeit, Druckdolenz, positiver Mittelfinger-Test und positiver Supinator-Test), ohne bildgebend ausgewiesene pathologische Befunde (radiologisch keine Befunde) und ohne weiterführende neurologische Abklärung am rechten Ellbogen (Urk. 6/47). Eine Operation fand schliesslich nicht statt (Urk. 6/67/8). Die Ärzte der Orthopädie und der Rheumatologie der D. ___ verneinten im Rahmen ihrer Zweitmeinung denn auch

die Indikation für eine operative Behandlung, nachdem bildgebend (Arthro-MRT) bezüglich des rechten Ellbogens keine entsprechenden Befunde erhoben werden konnten (Urk. 6/67/7) und selbst wesentliche Entzündungsreaktionen am Epicondylus (beidseits) bildgebend ausgeschlossen wurden (Urk. 6/76/10). Vielmehr erfolgte bei vermeintlich depressiver Entwicklung im Frühjahr 2010 die Überweisung an den Schmerzspezialisten Prof. Dr. EE. ___ (Urk. 6/76/9-10), welcher im April 2010 die berufliche Eingliederung

empfahl (Urk. 6/76/4). Auch die erneute Abklärung auf der Orthopädie der D.____ im Mai 2010 bestätigte das bisherige Ergebnis; eine operative Intervention am rechten Ellbogen wurde wegen der polyartikulären Symptomatik und des Fehlens von harten Fakten in der Bildgebung erneut abgelehnt (Urk. 6/80/8-9).

Zu den neuen, ab 2007 aktenkundigen Beschwerden am rechten Ellbogen lag somit keine hinreichend organisch-bildgebende Entsprechung vor. Der Kreisarzt Dr. GG.____ schloss in der Stellungnahme vom 7. April 2010 daher nachvollziehbar darauf, dass die geklagten Schmerzen nicht in somatischer Hinsicht, sondern aufgrund der psychischen Problematik anzugehen seien (Urk. 6/76/7; vgl. zu den psychischen Beschwerden nachfolgend E. 5.3). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers bestand somit keine

erhebliche Verschlechterung des Zustands des rechten Ellbogens, welche in Abweichung der Einschätzung des RAD-Arztes Dr. O.____ (Urk.

6/333/9) von März 2006 bis Januar 2011 einer

Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit bezüglich körperlich leichten Tätigkeiten entgegenstand.

Daran ändert im Übrigen nichts, dass Dr. HH.____ im Bericht der D.____ vom 28. Juni 2010 aus orthopädischer Sicht erklärte, dass der Bewegungsapparat deutlich funktionseingeschränkt sei und eine volle Arbeitsfähigkeit, auch in einer leidensangepassten Tätigkeit, nicht realistisch sei (Urk. 6/80/2). Denn zum einen empfahl auch er eine Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag und zum anderen ist damit keine medizinisch-theoretische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gegeben, welche nach objektivbaren Befunden und subjektiver Symptomatik differenziert.

Ferner ist auf die nachvollziehbar begründete, im Urteil IV.2016.01135 vom 22. Dezember 2017 (E. 4.2, Urk. 6/296/10-12) als beweiskräftig anerkannte Einschätzung gemäss dem I.____-Gutachten vom 10. Mai 2016 hinzuweisen, in welchem die Diagnose einer chronischen Epicondylopathia

radialis rechts als überwiegend myofaszial

bedingt beurteilt und - unter Berücksichtigung sämtlicher übriger Beschwerden - eine ganztägige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit attestiert wurde (Urk. 6/258/30-31). 5.2. 4

Des Weiteren wurden im Vergleich zum Austrittsbericht der E.____ (Urk. 6/14/5) neu vereinzelt Rückenbeschwerden beschrieben. Diesbezüglich hat der Beschwerdeführer indes zu Recht keine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach März 2006 geltend gemacht. Eine solche geht aus den medizinischen Berichten denn auch nicht hervor. So stellten die behandelnden Ärzte zu den in den Berichten der Rheumatologie der D.____ vom 23. Januar und vom 20. Februar 2008 (Urk. 6/27/22-26) erwähnten thorakovertebralen Beschwerden zirka auf Höhe BWK 5/6 nach umfassenden bildgebenden Abklärungen lediglich die Diagnose eines Status nach thorakalem Scheuermann; sie stellten mithin keinen

erheblichen Gesundheitsschaden fest. Auch wurde diesbezüglich keine Behandlung durchgeführt oder festgelegt (Urk. 6/27/23). Diese Beschwerden blieben im weiteren Verlauf zudem im Hintergrund, respektive wurden in den weiteren Berichten nicht weiter erwähnt. Dem I.____-Gutachten vom 10. Mai 2016 ist zu entnehmen, dass in Bezug auf die

Wirbelsäule vor allem im Bereich der Brustwirbelsäule eine Fehlf orm mit Beweglichkeitseinschränkung der Extension und konsekutiver reduzierter Beweglichkeit respektive geringerer Kompensationsfähigkeit mit reduzierter Beweglichkeit der linken Schulter gegeben sei (Urk. 6/258/30).

Eine für die Leistungsfähigkeit massgebliche Diagnose wurde auch hier nicht gestellt (Urk. 6/258/30-31).

Die allein vom Hausarzt Dr. N.____ im Bericht vom 29. Mai 2009 (Urk. 6/42) erwähnten lumbalen Rückenbeschwerden ohne radikuläres Ausfallssyndrom und ohne sichere Kompromittierung

radikulärer Strukturen

sodann waren bereits damals als regredient bezeichnet und wurden in den weiteren ärztlichen Berichten nicht mehr thematisiert. Auch bezüglich dieser Beschwerden ist von keiner erheblichen Bedeutung für die Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten, leichten Tätigkeit auszugehen. 5.2.5

Insgesamt ist in somatischer Hinsicht somit trotz neuer Beschwerden nach März 2006 keine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen, welche in der Zeit von März 2006 bis Januar 2011 der Eingliederungsfähigkeit entgegenstand. 5.3 5.3.1

Was die geltend gemachte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes nach März 2006 betrifft, ist den Akten das Folgende zu entnehmen :

Laut dem Bericht des R.____ vom 30. November 2006 fanden zirka alle 14 Tage Konsultationen im R.____ statt. Es habe sich seit dem Unfallereignis (vom 3. Oktober 2003) eine depressive Entwicklung mit Exacerbation offenbar in den letzten Wochen ergeben, nachdem dem Beschwerdeführer mitgeteilt worden sei, dass die geplante Operation (Urk. 6/23/113-118) nicht durch Dr. BB.____ ausgeführt werden könne (vgl. Urk. 6/23/99-103). Die Nachricht von dessen Erkrankung sei für ihn schlimm gewesen und habe für ihn alle Hoffnung auf Besserung zunichtegemacht. Es sei die Diagnose mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F 32.2) bei chronischen Schmerzen nach Unfall am 3. Oktober 2003 gestellt worden. Hinweise auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) gebe es nicht (Urk. 6/23/96).

Im Bericht des R.____ zuhanden der Beschwerdegegnerin mit Datum vom 6. August 2007 (letzte Untersuchung vom 24. September 2007) wurde wiederum die Diagnose mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F 32.2) bei chronischen Schmerzen nach Unfall am 3. Oktober 2003 aufgeführt. Der Beschwerdeführer werde mit antidepressiver Medikation und stützenden Gesprächen im Abstand von drei bis vier Wochen, bei Bedarf häufiger, behandelt. Unter der antidepressiven Medikation sei lediglich eine teilweise Besserung der depressiven Symptomatik eingetreten, keine vollständige Remission. Es sei seit dem Sommer 2007 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit gegeben, auf längere Sicht sei in einer leidensangepassten Tätigkeit von einer zirka 80%igen Arbeitsunfähigkeit (richtig wohl: Arbeitsfähigkeit, vgl. Bericht vom 27. Mai 2009, Urk. 6/54/2) auszugehen. Die Prognose sei ungewiss und hänge wesentlich davon ab, ob im somatischen Bereich noch Verbesserungen erzielt werden könnten. Eine berufliche Umstellung auf eine leidensangepasste Tätigkeit sei dringend indiziert (Urk. 6/24/2-7).

Laut dem Eintrittsbericht des R.____ vom 12. Februar 2008 und dem Bericht zum Behandlungsverlauf bis am 14. Juli 2008 (letzte Konsultation am 28. April 2008) habe sich der Beschwerdeführer (wieder) gemeldet, da er keine Medikamente mehr habe. Als Diagnose wurde eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei chronischen Schmerzen nach Unfall am 3. Oktober 2003 und Arbeitslosigkeit seit Juni 2007 aufgeführt (Urk. 6/52).

Gemäss dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten von Dr. A.____ vom 30. Dezember 2008 (Urk. 6/32) gab der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung vom 16. Oktober 2008 an, er leide seit dem Unfall Ende 2003 vor allem an Schmerzen im Bereich der linken Schulter und des linken Ellbogengelenkes. Als weitere Schmerzquelle habe der Beschwerdeführer den rechten Ellbogen genannt. Aktuell würden seit zehn Tagen auch Schmerzen im Bereich der Hüfte und des linken Beines bestehen, weshalb er vom Hausarzt bereits vier Injektionen Kortison erhalten habe. Diese Schmerzen seien derzeit am ausgeprägtesten. Seine körperlichen Schmerzen seien in ihrer Ausprägung schwankend, jedoch dauerhaft vorhanden. Sie würden ihn nervös, reizbar und müde machen. Zwischen April und Juni 2007 habe er zwei Monate lang an einem Kurs der Regionalen Arbeitsvermittlung (RAV) als Lagerist teilgenommen und mit Erfolg abgeschlossen. Kurz nach Kursbeginn habe er vermehrt Schmerzen erlebt. Er sei ausserdem in einem Paketlager, was zu schwer gewesen sei, und als Stapelfahrer eingesetzt worden (Urk. 6/32/6-7). Der Gutachter stellte fest, bei der Untersuchung seien die psychomotorischen Befunde widersprüchlich gewesen. Es sei keine relevante, schmerzbedingte Beeinträchtigung der Beweglichkeit zu objektivieren (Urk. 6/32/7-8). Der Beschwerdeführer habe in der Folge eines Arbeitsunfalls ein Schmerzsyndrom entwickelt, aufgrund dessen er sich heute als vollständig arbeitsunfähig einschätze. Als Diagnosen seien eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) und eine depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4), zu stellen. Dabei sei die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nur knapp gegeben. Denn aus objektiver Sicht sei ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz nicht erkennbar und es bleibe unklar, inwieweit emotionale Konflikte oder psychosoziale Belastungen tatsächlich ausreichend schwerwiegend seien und als entscheidende ursächliche Faktoren gelten könnten. In der gutachterlichen Gesamteinschätzung gelange er zum Schluss, dass die Störung maximal leichtgradig ausgeprägt sei. Unter Anwendung der (damals) aktuellen Rechtsprechung (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3, 139 V 547 E. 9 mit Hinweisen; geändert mit BGE 141 V 281, 143 V 409, 143 V 418; vgl. E. 2.2.2 hiervor) führe eine somatoforme Schmerzstörung versicherungsmedizinisch nicht zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit, da die Schmerzsymptomatik (grundsätzlich) als überwindbar einzustufen sei. Alle massgeblichen Kriterien (mitwirkende psychisch ausgewiesene Komorbidität, sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf) seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zurzeit nicht vorhanden. Denn es bestehe keine psychisch ausgewiesene Komorbidität, die Teilnahme am sozialen Leben sei angemessen, wenn auch subjektiv beeinträchtigt, es habe keine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie, kein Therapeutenwechsel und keine kritische Evaluation der Psychopharmakotherapie stattgefunden. In Bezug auf die objektivierbaren depressiven Symptome bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den Angaben der versicherten Person im Gespräch und in den Testergebnissen sowie dem objektiven Befund. Formal seien die ICD-10-Bedingungen für die Diagnose einer depressiven Episode nicht ausreichend erfüllt. Es sei offenbar gelungen, die anamnestic attestierte Störung

erfolgreich zu behandeln. Eine Arbeitsunfähigkeit lasse sich somit hierauf nicht (mehr) begründen. Die als Verdeutlichungstendenz zu wertenden Befunde zur Psychomotorik (Psychostatus), zur emotionalen Selbstbewertung nach dem Beck-Depressionsinterview (BDI-Test) und zu körperlichen Missempfindungen («Alles ist schlecht»-Haltung in den SCL-90-R- und SOMS-7T-Tests) würden eine objektive Beurteilung erschweren. Zudem zeige sich eine aussergewöhnlich grosse Diskrepanz zwischen subjektiver und objektiver Einschätzung der psychischen Befindlichkeit (MADRS-Test). Auch müssten verschiedene psychosoziale Faktoren wie Herkunft und (fehlende) Ausbildung des Beschwerdeführers (nach abgebrochener universitärer Bildung), finanzielle Sorgen, Verärgerung über Ärzte («Die ebenfalls verletzte linke Schulter sei verkannt worden. Möglicherweise sei auch das linke Bein nicht ausreichend diagnostiziert worden.») und so weiter mitbedacht und von krankheitsbedingten, objektivierbaren Befunden abgegrenzt werden. Diese Gesundheitspunkte würden vor allem therapeutische Relevanz besitzen und dürften nicht in die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht mit einbezogen werden. Insgesamt sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit gegeben. Namentlich sei die Schmerzsymptomatik unter Anwendung der aktuellen Rechtsprechung als überwindbar einzustufen und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung führe nicht zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/32/10-15, Urk. 6/32/19-20).

Dem Eintrittsbericht des R. ___ vom 28. Oktober 2008 mit Behandlungsverlauf bis am 23. April 2009 ist zu entnehmen, dass die Wiederaufnahme der Behandlung durch Selbstzuweisung des Beschwerdeführers erfolgt sei, der erklärt habe, es gehe ihm ganz schlecht, er habe einen Arbeitsversuch als Lagermitarbeiter wegen starker Rückenschmerzen nach zwei Stunden abbrechen müssen. In letzter Zeit sei er wieder gereizt und ungeduldig, auch seine Stimmung sei schlecht. Er habe die Medikamente (Zoloft und Remeron) vor zirka drei Wochen abgesetzt und ab heute (28. Oktober 2008) wieder mit Zoloft begonnen. Als Diagnose wurde wiederum eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) festgehalten (Urk. 6/53).

Im Bericht des R. ___ vom 27. Mai 2009 zuhanden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers wurde weiterhin die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) bei chronischen Schmerzen nach Unfall am 3. Oktober 2003 und Arbeitslosigkeit seit Juni 2007 aufgeführt. Es bestehe aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Gipser und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Auf längere Sicht und bei angemessener, sukzessiver Steigerung des Arbeitspensums könne von einer mindestens 80%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Arbeitsunfähigkeitszeugnisse seien von ihnen die folgenden ausgestellt worden: 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 13. bis 31. Januar 2009, vom 1. bis 28. Februar 2009 und vom 1. März bis 15. April 2009. Die Prognose hänge wesentlich davon ab, ob im somatischen Bereich noch Verbesserungen erzielt werden könnten. Die von Dr. A. ___ beobachteten Diskrepanzen zwischen subjektivem Leiden und objektivem Befund hätten sie beim Beschwerdeführer nicht festgestellt. Die psychopharmakologische Medikation sei von ihnen lege artis durchgeführt worden und entspreche dem beschriebenen mittelgradig depressiven Zustandsbild. Die Art der Medikation (SSRI [Selective Serotonin Reuptake Inhibitor], schlafanstossendes Antidepressivum, Benzodiazepin, bei ausgeprägter innerer Unruhe, Gereiztheit und affektiver Erregung) sei nicht verändert worden, Dosisanpassungen seien aufgrund des jeweiligen

psychopathologischen Zustandsbildes vorgenommen worden. Auch hätten ihre diagnostische Einschätzung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit jeweils während des gesamten Verlaufs in sinnvoller und nachvollziehbarer Übereinstimmung gestanden (Urk. 6/54).

In der ergänzenden Stellungnahme vom 11. Februar 2010 (Urk. 6/72) erklärte der Gutachter Dr. A.____, die ergänzend vorgelegten Auszüge aus der ambulanten Krankengeschichte des R.____ würden vielfältige, nicht krankheitsbedingte psychosoziale Aspekte dokumentieren, die einen negativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten. Eine eigenständige depressive Episode gemäss ICD-10 sei hingegen kaum zu begründen. Das depressive Syndrom sei stattdessen ausreichend durch das Schmerzerleben einerseits und durch die nicht krankheitsbedingten psychosozialen Aspekte andererseits erklärbar. Ein depressives Syndrom allein begründe noch keine depressive Episode gemäss ICD-10 F32, jedoch aus therapeutischer (ethischer) Sicht sehr wohl eine stringente antidepressive Therapie. Die Verlaufsberichte des R.____ würden aus fachlicher Sicht unter anderem ein ungewöhnlich vertrauensvolles therapeutisches Bündnis zwischen der versicherten Person und der Fachperson belegen, was Diskrepanzen zum Gutachten, interne Widersprüche und Unklarheiten in der Berichterstattung erklären könne. Die Verlässlichkeit der Einschätzungen durch die zuständigen therapeutischen Fachpersonen des R.____ sei somit aus versicherungsmedizinischer Sicht deutlich unsicher. Bezüglich des Verlaufs des psychischen Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers und dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und leidensangepassten Tätigkeit würden die Einschätzungen in seinem Gutachten gerade auch unter Berücksichtigung der neu vorgelegten Akten für den Zeitraum des Unfalls (Ende 2003) bis zum Begutachtungstermin gelten. Der Hinweis des Beschwerdeführers, dass er interessiert gewesen sei, wieder eine Arbeit zu finden, wie dies die Berichte des R.____ belegen würden, belege aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht die tatsächliche Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung der vor allem subjektiv erlebten Defizite im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Urk. 6/72/10-16). 5.3.2

Mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. A.____ vom 30. Dezember 2008 (Urk. 6/32), ergänzt mit Stellungnahme vom 11. Februar 2010 (Urk. 6/72), liegt eine überzeugende fachärztliche Beurteilung der psychischen Beschwerden und ihrer funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor. Es erfüllt alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Denn es wurden sämtliche psychischen Beschwerden fachärztlich umfassend abgeklärt und auch unter Berücksichtigung der somatischen Beschwerden aus psychiatrischer Sicht beurteilt. Der Gutachter setzte sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers nachvollziehbar begründet auseinander. Auch berücksichtigte er die medizinischen Vorakten und gelangte bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen. Dem Gutachten ist daher volle Beweiskraft zuzuerkennen.

Dies vermögen weder die Berichte des psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatoriums R.____ noch die Rügen des Beschwerdeführers in Frage zu stellen, wie sich aus dem Folgenden ergibt. 5.3.3

Dr. A.____ hat sich entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers

ausführlich und nachvollziehbar mit den Berichten des psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulatoriums R.____

und den darin festgehaltenen Einschätzungen auseinandergesetzt ;

ebenfalls wurden ihm die Verlaufsberichte zur ergänzenden Stellungnahme vorgelegt , die er im Einzelnen schlüssig kommentiert hat (Urk. 6/72/3- 14) .

Zu den Berichten des R.____ vom 31. Oktober 2006 (Urk. 6/50/1-7), vom 30. November 2006 (Urk.

6/23/96 -97) und vom 6. August 2007 (Untersuchung vom 24. September 2007; Urk. 6/24/2-7) machte

Dr. A.____

die folgenden Anmerkungen: Die dort aufgeführte Diagnose einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2) und der Ausschluss einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) seien

weder beschrieben noch diskutiert worden . Ausserdem sei mit den aufgeführten objektiven

psychopathologischen Befunden, nämlich niedergeschlagen, geringe Konzentration (Urk. 6/72/4), depressiv, Konzentration reduziert, verzweifelt, vergesslich (Urk. 6/72/5), der diagnostizierte Schweregrad insbesondere bei eher niedrig dosierter antidepressiver Psychopharmakotherapie und rascher Reduktion der Intensität der Psychotherapie nicht nachvollziehbar . Auch sei die Beurteilung einer «bleibenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit» aufgrund eines depressiven Syndroms bei einer nicht-ausgebauten psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie und nach doch relativ kurzer Behandlungszeit

in keiner Weise nachvollziehbar und entspreche nicht dem aktuellen Stand der internationalen wissenschaftlichen Literatur. Qualitativ sei die Diagnose eines depressiven Syndroms indes nachvollziehbar (Urk. 6/32/ 17- 18, Urk. 6/72/4-7) , wobei ein depressives Syndrom allein noch keine depressive Episode gemäss ICD-10 F32 begründe (Urk. 6/72/14) .

Diese gutachterlichen Ausführungen sind stimmig und überzeugen , dies insbesondere auch mit Blick auf die einzelnen Einträge in der Krankenakte zu den Sitzungen vom 6. November 2006 bis 14. Dezember 2007 (Urk. 6/50/3-7) . Denn diesen ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer

bereits ab dem 20. November 2006 von einer zusehenden Besserung der geklagten Symptome berichtete (Rückgang von Nervosität, Gereiztheit und Besserung der Stimmung), so dass ab Anfang 2007 vor allem die somatischen Beschwerden und psychosoziale Gegebenheiten respektive seine Reaktion darauf (etwa die Überforderung bei einem Streit mit dem Mieter) Thema der Sitzungen bildeten. Am 5. Mai 2007 habe er zudem von seiner Anmeldung zur Arbeitsvermittlung mit einem Pensum von 70 % berichtet. Der Gutachter Dr. A.____ folgerte aus den weiteren Einträgen nachvollziehbar, dass bereits im November 2007 (Eintrag vom 9. November 2001, Urk. 6/50/7) von einer Remission der Symptome zumindest aus subjektiver Sicht ausgegangen werden könne , wobei auch die zuständige Fachperson offensichtlich eine proaktive weitere Betreuung

nicht für notwendig hielt, was ebenfalls für eine deutliche Besserung der Symptome spreche (Urk. 6/72/5).

Auch zum Therapieverlauf ab Februar 2008 gemäss dem Eintrittsbericht des R.____ vom 12. Februar 2008

mit Verlauf bis am Juli 2008 (Urk. 6/52) und dem Eintrittsbericht des R.____ vom 28. Oktober 2008 mit Verlauf bis am 23. April 2009 (Urk. 6/53), zu welchem Zeitraum die Fachpersonen des R.____ nunmehr die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) aufführten, sind die Feststellungen von Dr. A.____ (Urk. 6/72/7-8) schlüssig. Denn im Februar 2008 meldete sich der Beschwerdeführer nach dem Abschluss der Therapie Ende 2007 (damals letzte Sitzung vom 9. November 2007, Urk. 6/50/7) im Februar 2008 lediglich wieder, weil er keine Medikamente mehr gehabt habe (Urk. 6/52/1). Ausserdem

fanden (inklusive Wiedereintrittstermin) nur drei Therapiesitzungen statt, nämlich am 12. Februar, 29. Februar und 28. April 2008, und ausserdem eine Sozialberatung (Urk. 6/52/2), in denen es hauptsächlich um die Eingliederungsmassnahmen beim RAV ging. Erst am 28. Oktober 2008, mithin ein halbes Jahr nach der letzten Therapiesitzung, meldete sich der Beschwerdeführer wieder beim R.____ an, da er wegen Rückenschmerzen einen Arbeitsversuch als Lagerist habe

abbrechen müssen und es ihm daher schlecht gehe. Gleichzeitig nehme er an einem Bewerbungskurs des RAV teil. Die Stimmungslage schilderte er als gereizt, schlecht und ungeduldig, wobei er vor drei Wochen die antidepressiven Medikamente abgesetzt habe (Urk. 6/53/1). Bereits bei der dritten Sitzung am 17. November 2008 - die Medikation wurde wieder aufgenommen - berichtete der Beschwerdeführer von einer Besserung der Stimmung und der sozialen Beziehungen mit Aussicht auf eine neue Stelle als Staplerfahrer (Urk. 6/53/2). Die weiteren Sitzungen von Januar bis April 2009 zeigten ebenfalls, dass die Stimmung und Anspannung des Beschwerdeführers, welche am 13. Januar 2009 nach Beendigung eines Beschäftigungsprogramms als schlecht geschildert worden seien, weitgehend mit der Beschäftigungslage und der Aussicht auf eine Anstellung korrelierten. Dr. A.____

führte auch dazu folgerichtig und nachvollziehbar aus, dass die Verstimmung des Beschwerdeführers Folge der fehlenden Beschäftigung sei. Die attestierte Diagnose sei weder beschrieben, noch diskutiert worden, sie sei nicht nachvollziehbar. Der jeweilige objektive pathologische Befund (leicht reduzierte affektive Modulation/Schwingungsfähigkeit, leicht deprimiert, Urk. 6/53/5) sei vollständig unzureichend und der weiter dokumentierte Verlauf belege erneut eine weitgehende Remission einer allfällig tatsächlichen Störung gemäss ICD-10 F32.1 (Urk. 6/72/7-8).

Desgleichen vermerkte Dr. A.____

auch zum Bericht des R.____ vom 27. Mai 2009 (Urk. 6/54), worin Fragen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beantwortet wurden, überzeugend, dass der objektive Befund (depressive Verstimmung) vollständig unzureichend sei und die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) fast vollständig auf die rein subjektiven Angaben abstelle (Urk. 6/72/9). Tatsächlich wurden im («aktuellen») psychopathologischen Befund des R.____-Berichts zum Gespräch vom 20. Mai 2009 (Urk. 6/54/1) lediglich ein depressives Zustandsbild, eine depressive, bedrückte, manchmal auch

verzweifelte Stimmung, Ratlosigkeit, Überforderungs gefühle, ausgeprägte Versagens- und Insuffizienzgefühle sowie Beschreibungen des Beschwerdeführer s aufgeführt (Urk. 6/54/3).

5.3.4

Vor diesem Hintergrund

ist die von den Fachpersonen des R.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab dem Sommer 2007 (Bericht vom 6. August 2007 , Urk. 6/24/2-7), von 100 % vom 13. Januar bis 14. April 2009 und hernach von 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit (Bericht vom 27. Mai 2009, Urk. 6/ 54/2) nicht nachvollziehbar . Dies gilt umso mehr , als die offenkundigen invaliditätsfremden Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) , die vom invaliditätsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind

(vgl. BGE 140 V 193; 130 V 352 E. 2.2.5; Urteil des Bundesgerichts

9C_755/2018 vom 9. Mai 2019 E.

3.2 mit Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.1) nicht abgegrenzt wurden .

Dagegen hat Dr. A.____ bei seiner Beurteilung korrekt berücksichtigt, dass psychosoziale Faktoren

vorliegen und diese nicht in die Beurteilung einfließen dürfen (Urk. 6/32/15 , Urk. 6/72/14).

Hinzu kommt, dass nach der Rechtsprechung Berichte der behandelnden Ärzte auf Grund deren auftragsrechtlichen

Vertrauensstellung

zum Patienten grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 351

E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt, den behandelnden Spezialarzt und namentlich für den therapeutisch tätigen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welches die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_176/2008 vom 19. Juni 2008 E. 3 ; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_29/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.2.2).

Der Gutachter hat denn auch darauf hingewiesen, dass die Verlaufsberichte des R.____ ein ungewöhnlich vertrauens volles therapeutisches Bündnis zwischen dem Beschwerdeführer und den Fachpersonen belegen würden, welches Diskrepanzen zu seinem Gutachten, interne Widersprüche und Unklarheiten in der Berichterstattung erklären könne (Urk. 6/72/14). 5.3.5

Dr. A.____ hat sodann in seinem Gutachten schlüssig ausgeführt, weshalb die Kriterien einer depressiven Episode anlässlich der Begutachtung nicht erfüllt waren , und er hat eingängig erläutert, dass das depressive Syndrom ausreichend durch das Schmerzerleben und die nicht krankheitsbedingten psychosozialen Aspekte erklärbar sei (Urk. 6/32/13-15, Urk. 6/72/14). Davon ist nach dem Gesagten auszugehen.

Das Vorbringen des Beschwerdeführer s dagegen , die gutachterliche Schluss folgerung, dass keine depressive Problematik mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe, sei

angesichts des Ergebnisses des BDI-Tests, bei dem eine mittelschwere bis schwere Depression resultiert sei, unverständlich (Urk. 1 S.

7) , ist nicht stichhaltig. Denn beim BDI-Test, der unter anderen Tests anlässlich der Begutachtung im Oktober 2008 durchgeführt wurde (Urk. 6/32/9), handelt es sich um einen Selbsteinschätzungstest .

Dr. A.____ hat im Gutachten dazu erklärt, der Beschwerdeführer habe 28 bis 43 von 63 Punkten erreicht, was einem subjektiv als mittelschwer bis schwer ausgeprägt erlebten depressiven Syndrom entspreche. Die grosse Breite der Bewertung durch den Beschwerdeführer (28 bis 43 Punkte) sei ausgesprochen ungewöhnlich. Diese Bewertungsunsicherheit von Seiten des Beschwerdeführers kontrastiere zu seiner Klarheit und Entschiedenheit in den Formulierungen bezüglich seines Schmerzerlebens anlässlich der Exploration. Es sei eine ausgeprägte Tendenz zur Verdeutlichung anzunehmen. Die qualitativ subjektive Einschätzung im Sinne von «Mir geht es sehr schlecht!» werde durch die Angaben deutlich. Die Widersprüchlichkeit im Bild der Psychomotorik (widersprüchliche psychomotorische Befunde, keine relevante, schmerzbedingte Beeinträchtigung der Beweglichkeit objektivierbar; Urk. 6/32/7-8) entspreche auf motorischer Ebene dieser ausgeprägt grossen Breite der emotionalen Selbstbewertung (Urk. 6/32/9 , Urk. 6/32/15).

Zutreffend führte Dr. A.____ in seiner ergänzenden Stellungnahme zudem aus, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht darauf alleine nicht abgestellt werden könne und die Kriterien nach ICD-10 für eine depressive Episode objektiv ausreichend zu belegen seien. Ein unspezifisches depressives Syndrom/ eine depressive Verstimmung würden dafür indes nicht genügen (Urk. 6/72/10). Dies überzeugt und dem ist nichts hinzuzufügen. Die Einschätzung von Dr. A.____ ist damit auch mit Bezug auf das Ergebnis des BDI-Selbstwertungstest schlüssig.

5.3.6

Die Rüge des Beschwerdeführers, das Gutachten von Dr. A.____ enthalte keinerlei Hinweise zum psychischen Zustand vor der Untersuchung vom 16. Oktober 2008 und der Gutachter habe sich selbst dahingehend geäussert, dass ihm eine rückwirkende Beurteilung nicht möglich sei (Urk. 1 S. 7), verfängt ebenfalls nicht. Denn wie sich aus den hiervor gemachten Ausführungen ergibt, hat Dr. A.____ ausführlich zum Psychostatus und den vorliegenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Beurteilungen ab 2006 Stellung genommen . Der Gutachter hat dabei klargestellt, dass eine depressive Symptomatik in diagnostischer Hinsicht nicht ausreichend schwerwiegend und jedenfalls nicht längerfristig vorlag. Ausserdem hat er ausdrücklich festgehalten , dass die objektiven psychopathologischen Befunde und die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers keine Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustandes im Vergleich zum Bericht zum psychosomatischen Konsilium der E.____ vom 21. Februar 2006 (gedämpfte Stimmung, ängstliche Besorgtheit, erhöhte Reizbarkeit, erhöhte Somatisierungstendenz mit unter anderem Schlafstörungen, Urk. 6/27/64-67) zu begründen vermöchten (Urk. 6/72/5).

Dies ist letztlich in Bezug auf die hier relevante Frage, ob sich ab März 2006 in psychischer Hinsicht eine leistungsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingestellt hat, entscheidend . Zusätzlich hat Dr. A.____ zum Verlauf des psychischen Gesundheitsschadens und dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten, dass die Einschätzung gemäss seinem Gutachten vom 30. Dezember 2008, mithin einer uneingeschränkten Arbeits

fähigkeit aus psychiatrischer Sicht (Urk. 6/32/15-16, Urk. 6/32/19-20), auch für den Zeitraum ab Ende 2003 bis zum Gutachtenstermin und auch unter Miteinbezug der neu vorgelegten Akten gelte (Urk. 6/72/15).

Der Gutachter hat auch nicht erklärt, dass ihm eine rückwirkende Beurteilung nicht möglich sei. Vielmehr hat er sich dabei allein - wie der Beschwerdeführer selbst zitiert hat (Urk. 1 S. 7) - auf die in Fachberichten ungenügend dargestellte Psychopharmakotherapie bezogen, wie er in der ergänzenden Stellungnahme nochmals klargestellt hat

(Urk. 6/72/11) und wie sich ohne Weiteres bereits aus dem zitierten, in einer Fussnote angebrachten Gutachtenstext ergibt (vgl. Urk. 6/32/18 -20, Fussnote Nr. 5 mit nachvollziehbarer Kritik zu einer im Bericht der D.____ vom 23. Januar 2008 unsorgfältig aufgeführten Medikamentendosierung, die in der Schweiz im Handel in dieser Dosierung nicht erhältlich sei) . 5.3.7

Des Weiteren schadet es nicht, dass das Gutachten von Dr. A.____ (Urk. 6/32, Urk. 6/72) noch nach der damals geltenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung verfasst wurde und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Hinblick auf die von ihm gestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) in korrekter Weise nach den Kriterien der damaligen Rechtsprechung (sogenannte Förster-Kriterien; vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3 , BGE 136 V 279 E. 3.2 , 139 V 547 E. 9 mit Hinweisen) und nicht nach der ab Juni 2015 geltenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 141 V 281 [Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015]) geprüft wurde (Urk. 6/ 32/13 ; vgl. zur Anwendbarkeit der neuen Rechtsprechung auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle: Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). Denn im Hinblick auf die neue Rechtsprechung des Bundes gerichts zur anhaltenden somatoformen Schmerzst örung und vergleich baren psychosomatischen Leiden nach BGE 141 V 281 (präzisiert und auf sämtliche psychische Leiden anwendbar erklärt mit BGE 143 V 409 , 143 V 418) ist nicht in jedem Fall eine weitere Beg utachtung angezeigt. Danach ver lieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert, sofern eine schlüssige Be u rteilung der massgeblichen Indi katoren möglich ist (BGE 141 V 281 E. 8). Dies ist hier der Fall, wi e sich aus dem Folgenden ergibt.

Z udem gilt auch nach neuer Recht sprechung weiterhin, dass eine objektivierte Betrachtungswiese massgeblich ist und medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limi tierungen nicht als invalidisierende Gesundheitseinschränkung anzuer kennen sind (BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

Beim mit Leitentscheid BGE 141 V 281 festgelegten strukturierten, normativen Prüfungsraster (präzisiert in BGE 143 V 418 E. 5.2 und E. 8.1) sind die funktionellen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens mit den folgenden Standardindikatoren vermehrt zu gewichten, wobei den Umständen des Einzelfalls Rechnung zu tragen ist (BGE 141 V 281 E. 4):

Unter die Kategorie « „funktioneller Schweregrad » (E. 4.3) fällt der Komplex « Gesundheitsschädigung » (E. 4.3.1) mit der Frage nach der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1; präzisiert in BGE 141 V 418 E. 5.2), dem Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder der Behandlungsresistenz (E. 4.3 .1.2) und den Komorbiditäten (E. 4.3.1.3; präzisiert i n BGE 141 V 418 E. 8.1), ausser dem der Komplex « Persönlichkeit » (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) und der Komplex « Sozialer Kontext » (E. 4.3.3). Unter der Kate gorie « Konsistenz »

(Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) sind die gleich mässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und der behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck (E. 4.4.2) relevant.

Hier ist in Bezug auf die Kategorie funktioneller Schweregrad die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1, 143 V 418 E. 5.2) als leicht einzustufen, da die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) gemäss Dr. A.____ von maximal leichtgradiger

Ausprägung ist (Urk. 6/32/12). Dasselbe gilt für die Diagnose einer depressiven Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4), wie sich aus dem hiervon A.____geführten auch für die Zeit von 2006 bis 2008 ergibt (E. 5.3.3-5.3.4, E. 5.3.6); laut Dr. A.____ ist eine eigenständige depressive Episode kaum zu begründen (Urk. 6/72/14). Hinsichtlich des Indikators des Behandlungs- und Eingliederungserfolges (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2) ist es gemäss Dr. A.____ offenbar gelungen, die anamnestisch attestierte depressive Störung erfolgreich zu behandeln (Urk. 6/32/14). Das Zustandsbild könne durch die eingeleitete psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie weiter stabilisiert werden und einem Rezidiv der depressiven Störung entgegenwirken (Urk. 6/32/16). Eine Therapieresistenz der psychischen Beschwerden lag somit nicht vor. Be treffend den Indikator der Komorbiditäten respektive begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1, 143 V 418 E. 8.1) ist beachtlich, dass eine gewisse ressourcehemmende Wirkung den Beschwerden bezüglich der linken oberen Extremität, insbesondere dem linken Schultergelenk mit Einschränkungen in der Beweglichkeit, welche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit haben (vgl. E. 4.3.2 und E. 5.2.2 hiervon), und auch - wenn auch nur geringfügig - der diagnostizierten Epicondylopathia

radialis rechts zu kommt, wobei die se geklagten Beschwerden allerdings ohne bildgebende Entsprechung blieben

(vgl. E. 5.2.3 hiervon).

Allerdings haben ab März 2006 im Rahmen der Restarbeitsfähigkeit insofern keine somatischen

Komorbiditäten mehr bestanden, als ab dann eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit gegeben war. Unter dem Komplex Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; BGE 141 V 281 E. 4.3.2) sodann sind keine belastenden Rückschlüsse auf das Leistungsvermögen anzunehmen. Denn den Akten ist weder eine Persönlichkeitsstörung noch eine auffällige Persönlichkeitsstruktur zu entnehmen. Hinsichtlich des Komplexes sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3) ist von mobilisierbaren Ressourcen durch den Lebenskontext auszugehen, da der Beschwerdeführer im Kreise seiner Familie (mit Ehefrau und drei Kindern) lebt und eine Unterstützung durch das soziale Netzwerk zu bejahen ist, zumal die

Ehefrau erwerbstätig war

(Urk. 6/32/6, Urk. 6/53/2, Urk. 6/90/2

Urk. 6/255/8). Vor diesem Hintergrund wäre eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als die vom Gutachter Dr. A.____ attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit mit der Kategorie des funktionellen Schweregrades beweis rechtlich nicht zu vereinbaren.

Die Kategorie Konsistenz (Gesichtspunkte Verhalten: gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen; Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen; BGE 141 V 281 E. 4.4) lässt bei dieser Ausgangslage in beweisrechtlicher Hinsicht kein anderes Ergebnis zu. Der

Beschwerdeführer

lebte in der Zeit von 2006 bis 2008 denn auch

nicht gänzlich zurückgezogen, sondern im Kreise der Familie, und er nahm nach Gelegenheit an beruflichen Eingliederungsmassnahmen der Suva und des RAV teil (Arbeitsversuch vom 13. März bis 31. Mai 2006, Urk. 6/27/87-88; Anmeldung zur Arbeitsvermittlung in einem 70%igen Pensum, Urk. 6/32/5 ; 2-monatiger Grundkurs als Lagerist, Grundausbildung und Tätigkeit als Staplerfahrer,

Bewerbungs- und Computerkurs [ganztags], Arbeit in einer Cafeteria [RAV-Kurs], Urk. 6/32/6-7, Urk. 6/52/2, Urk. 6/53/1-2, Urk. 6/84/1-4, Urk. 6/90/2). Ausserdem war er im Spätsommer 2007 aktiv am Umzug der Familie in eine neue Wohnung beteiligt (Urk. 6/50/5-6). Im Juli 2008 hielt er sich zudem ferienhalber während zwei von geplanten drei Wochen im Ausland auf (Urk. 6/32/5).

Was den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (BGE 141 V 281 E. 4.4.2) angeht, liess sich der Beschwerdeführer

erst ab Oktober 2006 (Urk. 6/50/1, Urk. 6/50-55)

ambulant psychiatrisch-psychotherapeutisch behandeln. Konsultationen fanden in der Zeit bis im April 2009 nur unregelmässig, nicht wöchentlich oder gar mehrmals wöchentlich sowie teilweise mit mehrmonatigen Unterbrüchen statt (Urk. 6/54/3-4; von den dort aufgeführten Daten waren einzelne Sozialberatungen) und eine stationäre psychiatrische Behandlung wurde nicht durchgeführt (6/32/6). Laut Dr.

A.____

widersprachen

das

während der ambulanten Behandlung eher niedrig dosierte antidepressive Psychopharmakum und die nicht ausgebaute psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie der vom R.____ diagnostizierten fast schweren depressiven Episode und der attestierten Arbeitsunfähigkeit (Urk.

6/32/17-18).

Die Behandlungsmöglichkeiten (medikamentös wie auch therapeutisch) wurden somit - hinsichtlich der Einschätzungen der behandelnden Fachpersonen - nicht ausgeschöpft. Mit Blick auf den Behandlungsverlauf kann daher insgesamt nicht von einem insgesamt hohen Leidensdruck gesprochen werden. Ausserdem stellte Dr. A.____

während seiner Untersuchung Widersprüchlichkeiten in den psychomotorischen Befunden, eine aussergewöhnlich grosse Diskrepanz zwischen subjektiver und objektiver Einschätzung der psychischen Befunde sowie eine Verdeutlichungstendenz fest (Urk. 6/32/7-10, Urk. 6/32/15). Auch bestanden psychosoziale Faktoren, welche der Gutachter korrekt berücksichtigte (Urk. 6/32/15).

Die gutachterliche Einschätzung von Dr. A.____ hält damit der Konsistenzprüfung stand.
Das Verhalten des

Beschwerdeführers wurde

von ihm in jeder relevanten Hinsicht berücksichtigt und nachvollziehbar in die
Einschätzung der Arbeitsfähigkeit einbezogen. 5.3.8

Insgesamt erlaubt das Gutachten (mit ergänzender Stellungnahme)

von Dr. A.____

(Urk. 6/32, Urk. 6/72) eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der
massgeblichen Indikatoren.

Das Gutachten ist beweiskräftig .

Es ist zu erörtern, dass nach März 2006 keine erhebliche Verschlechterung des
psychischen Gesundheitszustandes eintrat und weiterhin keine Einschränkung der
Arbeitsfähigkeit bestand (Urk. 6/32/15, Urk. 6/32/19-20, Urk. 6/72/15) .

Im Übrigen ist auch der psychiatrische Gutachter der P.____

Dr. med. II.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seinem I.____
-Teilgutachten vom 26. Februar 2016 (Urk. 6/255) zum Ergebnis gelangt, dass beim
Beschwerdeführer namentlich auch für die Zeit von 2006 bis 2008 nicht von einer
eigenständigen und selbstunterhaltenden depressiven Störung, sondern von einer Reaktion
auf belastende und veränderte Lebensumstände auszugehen sei, wobei es seit mindestens
2009 zu einer vollständigen Rückbildung der Anpassungsstörung gekommen sei. Aus
psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer nie über längere Zeit arbeitsunfähig
gewesen und eine berufliche Eingliederung sei ihm jederzeit möglich gewesen
(Urk. 6/255/12-15). 5.3.9

Es ist somit auch in psychischer Hinsicht nicht von einer die Leistungsfähigkeit erheblich
beeinträchtigenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit März 2006
auszugehen. 5.4

5.4.1

Insgesamt ist festzuhalten, dass entgegen dem Standpunkt des Beschwerdeführers von
März 2006 bis Januar 2011 weder in somatischer

noch in psychischer Hinsicht

eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die
Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit anzunehmen ist .

Es bleibt damit dabei, dass der Beschwerdeführer ab dem 20. März 2006 in einer
leistungsgerechten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig und ab dann eingliederungsfähig war. 5.4.2

Das Gesagte führt hinsichtlich des Zeitraums nach Juni 2004 zu folgendem
Rentenanspruch: Nach Ablauf des Wartjahres

(Art. 29 Abs. 1 lit . b IVG) am 3. Oktober 2004 bis am 19. März 2006 ist - wie hiervor
ausgeführt (E. 4.2 und E.

4.3.2-3) - von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen . Ein Einkommensvergleich erübrigt sich bei dieser Ausgangslage mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (Prozentvergleich; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_271/2018 vom 19. März 2019 E. 3.1) . Es

ist somit ohne Weiteres auf eine 100%ige Erwerbseinbusse respektive einen Invaliditätsgrad von 100 % mit einem Anspruch des Beschwerdeführer s auf eine vom

1. Oktober 2004 (Art. 29 Abs. 2 IVG) bis am 30. Juni 2006 (19. März 2006 plus drei Monate, Art. 88a IVV) befristete ganze Rente zu schliessen (Art. 28 Abs. 1 IVG ; Bestimmungen je in der bis Ende 2007 gültig gewesen Fassung). Weil der Beschwerdeführer danach bis zu den beruflichen Massnahmen und den Taggeldleistungen ab Januar 2011 eingliederungsfähig war, entfällt ein Rentenanspruch während dieser Zeit (Urteil des Bundesgerichts 8C_312/2009 vom 1. Dezember 2009 E. 7). 6.

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