

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00582 vom 7. Mai 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-05-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00582

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00582 du 7 mai 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00582 del 7 maggio 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1973, war von 2001 bis 2012 bei der Z.____ SA als Lagerleiter tätig (Urk. 7/114). Unter Hinweis auf Beschwerden im rechten Knie nach einem Arbeitsunfall vom 16. März 2012 meldete er sich am 19. März 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog die Akten der Unfallversicherung bei (Urk. 7/7; Urk. 7/16; Urk. 7/23; Urk. 7/75; Urk. 7/79) und sprach dem Versicherten diverse Eingliederungsmassnahmen zu (Urk. 7/35; Urk. 7/52; Urk. 7/62; Urk. 7/72; Urk. 7/83; Urk. 7/90; Urk. 7/106 f.; Urk. 7/111; Urk. 7/119; U rk.

7/125 ;

Urk. 7/129; Urk. 7/133 f.; Urk. 7/138) , zuletzt ein Arbeitstraining mit Option auf eine Festanstellung bei der Stiftung A.____ vom 20. März 2018 bis 19. Juni 2019, welches ab 20. Juni 2019 nahtlos in eine dortige ordentliche Festanstellung im Pensum von 50 % als Hilfsbäcker übergang (Urk. 7/138; Urk. 7/157; Urk. 7/162). Die IV-Stelle holte darauf bei der B.____ ein bidisziplinäres ortho pädisch-psychiatrisches Teilgutachten ein, welches am 29. Juli 2020 erstattet wurde (Urk. 7/181).

Nach ergangenem Vorbescheid (Urk. 7/188) und erhobenem Einwand (Urk. 7/196) beantworteten die B.____ -Gutachter am 4. Mai 2021 die aufgewor fenen Zusatzfragen (Urk. 7/200). Mit Verfügung vom 31. August 2021 verneinte die IV-Stelle bei einem Invaliditätsgrad von 24 % einen Rentenanspruch (Urk. 7/205 = Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invaliden versicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die

nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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).

E. 1.3

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).

E. 1.4

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_122/2020 vom 26. Februar 2021 E. 2). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 1.5

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). 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 beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Sie fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen (BGE 143 V 418 E. 7.1). 1. 6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 30. September 2021 Beschwerde gegen die Verfügung vom 31. August 2021 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 8. November 2021 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Lagerleiter seit dem Arbeitsunfall vom 16. März 2012 nicht mehr zumutbar sei (S. 1 Mitte). Nach Abschluss der Eingliederungsmassnahmen am 19. Juni 2019 sei ihm seit Januar 2020 eine angepasste Tätigkeit, unter Berücksichtigung von körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten, überwiegend im Sitzen, mit freiem Wechsel zwischen Stehen und Gehen, ohne emotional belastende Tätigkeiten oder solche mit direktem und unmittelbarem Kontakt mit einer Spitalatmosphäre zu 100 % zumutbar. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 90'008.-- und einem auf statistische Werte gestützten Invalideneinkommen von Fr. 68'106.-- bestehe bei einem Invaliditätsgrad von 24 % kein Rentenanspruch (S. 2 Mitte).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber gestützt auf die Stellungnahmen seiner behandelnden Psychiaterinnen auf den Standpunkt (Urk. 1), es sei ihm keine höhere

Arbeitsfähigkeit als 50 % zuzumuten. Nachhallerinnerungen und Flashbacks träten häufiger auf als im Gutachten festgehalten, dies seit Anfang 2021 auch wieder vermehrt. In der Untersuchungssituation habe er sich ohnmächtig und ausgeliefert gefühlt. Er sei sehr pflichtbewusst und tendiere zur Dissimulation. Die gutachterliche Quintessenz, dass sich die vorliegenden Krankheitsbilder sehr gut zurückgebildet hätten und jeweils nur noch eine Restsymptomatik vorliege, treffe zum heutigen Zeitpunkt nicht zu. Die Depression müsse neu als rezidivierende Erkrankung, aktuell mittelgradig, diagnostiziert werden (S. 2 f. Ziff. 2).

Das Ergebnis der beruflichen Massnahmen sowie die Erfahrungen aus dem praktischen Erwerbsalltag bestätigten die Beurteilung der behandelnden Ärztinnen, dass sich die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auf maximal 50 % belaufe. Darauf sei abzustellen. Die gutachterliche Einschätzung stehe isoliert da und könne aus heutiger Sicht nicht nachvollzogen werden (S. 4 unten Ziff. 3).

Das Valideneinkommen sei unbestritten. Für das Valideneinkommen (gemeint: Invalideneinkommen) sei jedoch auf die tatsächlichen Verhältnisse abzustellen. So ergebe sich selbst bei einem Festhalten an der Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in angepasster Tätigkeit bei einem Invalideneinkommen von Fr. 42'400.-- und einem Invaliditätsgrad von 53 % ein Rentenanspruch (S. 5 Ziff. 3.b).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist demnach der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und dabei insbesondere die Höhe der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit und des Invalideneinkommens. 3. 3.1

Gemäss Unfallmeldung UVG vom 24. Mai 2012 habe der Beschwerdeführer am 16. März 2012 bei der Arbeit im Lager das rechte Knie an einem Stapler angeschlagen (Urk. 7/ 79 / 8). 3.2

Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte im Bericht vom 30. Mai 2012 (Urk. 7/ 79 / 26-27) als Diagnose (S. 1 oben) einen traumatischen Knorpeldefekt lateraler Femur condylus nach anteriorem Anpralltrauma vom 16. März 2012 (präpatellarer Schlag durch abruptes Bremsen mit dem Gabelstapler). Der Patient arbeite 100 % (S. 1 Mitte). Provisorisch sei bereits ein Operationstermin vereinbart worden (S. 2 Mitte). 3.3

Es erfolgten darauf drei operative Eingriffe am rechten Kniegelenk, und zwar zunächst am 23. Oktober 2012 durch Dr. C.____ (Urk. 7/ 79 / 77-78) sowie am 9. Dezember 2013 durch die Ärzte der Klinik D.____ (7/ 79 / 280-282). Am 10. Februar 2016 wurde durch PD Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Implantation einer femoro - patellaren Knieprothese, eine modifizierte Mikrofrakturierung sowie eine Notchplastik des rechten Kniees durchgeführt (Urk. 7/79/448). 3.4

Die Ärzte der Klinik D.____ hielten im Bericht vom 8. Juli 2014 (Urk. 7/38) fest, der Patient sei im Beruf als Logistiker nach wie vor nicht einsetzbar. Langfristig sei aufgrund der trikompartimentalen Schädigung auch ein kniegelenksbelastender Beruf nicht empfohlen. Es werde dringend die Aufnahme von berufsbildenden Massnahmen empfohlen (S. 1 unten). 3.5

Die Fachperson vom F.____ führte im Assessmentbericht vom 8. November 2016 (Urk. 7/85) über die am 1. September 2016 begonnene Arbeitsvermittlung plus (vgl. Urk. 7/92) aus, gegenwärtig werde noch eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis Ende November durch die auftretenden Depressionen gesehen (S. 2). 3.6

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliarpsychiater der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA), unter suchte in deren Auftrag den Beschwerdeführer am 14. Februar 2017, worüber er am 15. Februar 2017 berichtete (Urk. 7/89). Er nannte folgende psychiatrische Diagnosen (S. 21 unten): - depressive Episode - seit rund Herbst 2016 schwergradig ausgeprägt (ICD-10 F32.2) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - betreffend das linke Kniegelenk, nach sehr langwierigem somatischem Verlauf - Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, ICD-10 F43.1) - nach wahrscheinlicher, sequentieller Traumatisierung - Kriterium der Schwere des auslösenden Ereignisses durch Arbeitsunfall am 16. März 2012 nicht erfüllt

Anlässlich der Untersuchung sei eine erhebliche depressive Symptomatik im Vordergrund gestanden. Der ausgesprochen differenzierte, kooperative und grundsätzlich arbeitswillige Versicherte aggraviere seine Beschwerden nicht. Viele Symptome hätten deshalb sehr gezielt erfragt werden müssen (S. 19 unten). Gemäss den ICD-10 Forschungskriterien ergebe sich ein schwer depressiver Zustand, was mit dem klinischen Gesamteindruck gut übereinstimme (S. 20 Mitte).

Der rein somatische Verlauf sei seit der Implantation einer Knieprothese am 10. Februar 2016 eigentlich gut. Ausmass und Verlauf der weiterhin starken Schmerzen des rechten Kniegelenks seien mittlerweile nicht mehr in angemessener Weise durch somatische Befunde erklärbar. Deshalb sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) zu stellen. Des Weiteren bestünden mehrere wesentliche psychotraumatologische Aspekte. Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte während seiner Kindheit und Jugend infolge des in Afghanistan herrschenden Krieges aussergewöhnlichen psychischen Belastungen ausgesetzt gewesen sei, was er damals psychisch gut zu kompensieren vermocht habe. Der Arbeitsunfall am 16. März 2012 sei für sich allein nicht dazu geeignet, die Entwicklung einer PTBS auszulösen, weshalb diese Diagnose aus rein formellen Gründen nicht zu stellen sei. Allerdings zeige die klinische Erfahrung, dass bei einer sequentiellen Traumatisierung – von welcher hier auszugehen sei – relativ geringfügige Belastungen grosse Auswirkungen haben könnten. Zudem sei hier zu berücksichtigen, dass die somatischen Auswirkungen des Unfalls ausgesprochen langwierig und zermürend gewesen seien. Die ausgesprochene Reizbarkeit und die häufige innerliche Unruhe seien im Zusammenhang mit diesen psychotraumatologischen Aspekten zu sehen. Schmerzen führten weiterhin oft zu ausgeprägter Nervosität und zu sich aufdrängenden Erinnerungen an das Unfallereignis, welche wahrscheinlich die Qualität von Flashbacks erreichten (S. 20 f.).

Die Aufteilung auf die drei Diagnosen sei recht theoretisch. Die Symptome der drei Bereiche beeinflussten sich gegenseitig in intensiver und ungünstiger Weise (S. 21 Mitte).

Bis auf Weiteres bestünden psychisch bedingt erhebliche funktionelle Beeinträchtigungen, unter anderem eine erhebliche Antriebsverminderung, eine erhöhte Ermüdbarkeit, eine deutlich verminderte Konzentrationsspanne sowie eine starke Verminderung von

emotionaler Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit. Zudem bestünden erhebliche Beeinträchtigungen von Seiten der chronischen Schmerz störung. Deshalb sei zurzeit keine Erwerbstätigkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt zumutbar (S. 22 oben).

Da der Versicherte seit Jahren stark unter seiner Arbeitsunfähigkeit leide, weiterhin arbeitswillig wäre und über gute persönlichen Ressourcen verfüge, sei es recht wahrscheinlich, dass die psychische Belastbarkeit im Rahmen einer beruflichen Massnahme langsam zunehmen würde. Deshalb sei es aus psychiatrischer Sicht recht wahrscheinlich, dass auf diesem Weg innerhalb von sechs bis zwölf Monaten eine volle Arbeitsfähigkeit in einer somatisch angepassten Tätigkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt erreichbar wäre (S. 23). 3.7

Die Fachperson vom F.____ führte im Schlussbericht zur Arbeitsvermittlung Plus vom 11. April 2017 (Urk. 7/92) aus, der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers habe sich mit der Dauer der Betreuungsphase verschlechtert (S. 2 Mitte). Nach einer längeren genauen Abklärungsphase sei entschieden worden, dass die Eingliederung in den 1. Arbeitsmarkt per 31. März 2017 abgeschlossen werde und der Beschwerdeführer sich in ärztliche Betreuung gebe (S. 3).

3.8

Dr. med. H.____, Facharzt für Radiologie, Kreisarzt der SUVA, führte im Bericht vom 20. September 2017 (Urk. 7/99/5-8) zur kreisärztlichen Untersuchung vom Vortag aus, die Persistenz der rechtsseitigen Knieschmerzen lasse sich aus somatischer Sicht nicht vollständig erklären. Es bestehe mit Verweis auf den konsiliarpsychiatrischen Bericht vom 15. Februar 2017 der Verdacht, dass die Schmerzwahrnehmung und –verarbeitung wesentlich durch die psychiatrischen Diagnosen beeinflusst würden. Es sei zu erwarten, dass die Besserung der psychischen Situation automatisch eine deutliche Verminderung der im Knie empfundenen Schmerzen nach sich ziehen werde (S. 4 oben). Die Tätigkeit als Logistik-Mitarbeiter sei nicht mehr zumutbar. Zumutbar seien ganztags leichte bis mittelschwere, vorwiegend sitzende (mindestens 60 %) Tätigkeiten unter Beachtung des näher umschriebenen Belastungsprofils (S. 4 unten). 3.9

Dr. med. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 27. Oktober 2017 (Urk. 7/101) aus, sie behandle den Beschwerdeführer seit dem 26. Dezember 2016 (Ziff. 1.2). Sie nannte folgende Fachdiagnosen (Ziff. 1.1): - PTBS (ICD-10 F 43.1), Differentialdiagnose (DD) andauernde Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastung (F62.0) - nach sequentieller Traumatisierung (Unfall, mehrere medizinische Eingriffe) - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Es bestehe eine deutliche PTBS mit Flashbacks an die Operationen, in die er mit viel Angst eingetreten und mit starken Schmerzen daraus erwacht sei. In der Therapie sehe er immer wieder die Operationssituation vor sich respektive fühle sich in diese zurückversetzt und komme in einen dissoziativen Zustand, der mit Gefühlen von Ausgeliefertsein und Hilflosigkeit einhergehe (Ziff. 1.4). Es fänden wöchentliche psychiatrisch-psychotherapeutische Sitzungen mit Schwerpunkt auf der Traumatherapie statt (Ziff. 1.5). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei bisher keine möglich (Ziff. 1.7). 3.10

Die Fachpersonen der Abteilung Arbeitstherapie der psychiatrischen Klinik J.____ erstatteten am 15. März 2018 ihren Abschlussbericht (Urk. 7/117) zur vom 5. Februar bis 2. März 2018 durchgeführten Potentialabklärung. Sie führten aus, aus der Berufsbiografie werde deutlich, dass Arbeit einen sehr hohen Stellenwert eingenommen habe. Aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen und der erwerbslosen Zeit zeige sich der Beschwerdeführer in seinem Selbstwert stark verunsichert (S. 2 oben Ziff. 2.1). Von Beginn an habe er sich pflichtbewusst und bemüht gezeigt, aktiv mitzuarbeiten (S. 5 Ziff. 6). Eine direkte Integration in eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei nicht erreichbar. Es seien weitere, näher genannte Massnahmen – unter anderem ein Belastbarkeitstraining – empfehlenswert (S. 6 Ziff. 7). 3.11.

3.11.1

Vom 20. März bis 19. Juni 2018 absolvierte der Beschwerdeführer ein Belastbarkeitstraining bei der Stiftung A.____ (vgl. Urk. 7/125).

Im Gesprächsprotokoll vom 5. Juni 2018 (Urk. 7/128) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer arbeite seit dem 7. Mai 2018 von 8 bis 11 Uhr. Die Pausenzeiten teile er sich meist selbst ein (S. 2 oben). Trotz der ständigen Schmerzen sei er gewillt, seine Präsenzzeit zu erhöhen. Sein Ziel sei, bald wieder ein normales Leben zu führen. Das Arbeitspensum solle in den nächsten sechs Monaten weiter erhöht werden (S. 2 unten).

3.11.2

Am 25. Juni 2018 erteilte die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache für ein Aufbaustraining bei der Stiftung A.____ vom 20. Juni bis 19. Dezember 2018 (Urk. 7/129).

Im Gesprächsprotokoll vom 11. Juli 2018 (Urk. 7/135) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer arbeite neu von 7 bis 11 Uhr. Er generiere keine krankheitsbedingten Absenzen. Seine Präsenzzeit von täglich vier Stunden halte er bis zum Schluss durch, sei danach jedoch sehr müde und verspüre häufig Schmerzen (S. 2 oben).

Im Gesprächsprotokoll vom 24. September 2018 (Urk. 7/136) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer arbeite seit dem 3. September 2018 von 6.30 bis 11 Uhr. Aus gesundheitlichen Gründen und auf Anleitung der Psychotherapeutin habe er die Arbeitszeit um eine halbe Stunde reduzieren müssen. Die Arbeitszeiterhöhung habe ihm körperlich und psychisch zugesetzt. Er habe vermehrt krankheitsbedingte Absenzen generiert (S. 2 oben). Es sei ihm schwergefallen, die Arbeitszeit von 4.5 Stunden zu bewältigen. Dies merke er vor allem körperlich wie auch psychisch. Nach der Arbeit sei er entkräftet und verspüre Schmerzen. Konkret sei er vom 19. bis 21. September 2018 krank gewesen (S. 2 unten).

Dem Gesprächsprotokoll vom 1. November 2018 (Urk. 7/137) ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer könne die Präsenzzeit von vier Stunden halten. Diese bekomme ihm gut und werde beibehalten. Die Pausen seien für ihn wichtig, damit er sich vom längeren Stehen erholen könne. Nach der Arbeit und gegen Ende der Woche nähmen die Schmerzen meist zu. Es gelinge ihm seit dem letzten Standortgespräch, die Leistungsfähigkeit über vier Stunden hoch zu halten (S. 2).

3.11.3

Vom 20. Dezember 2018 bis 19. Juni 2019 absolvierte der Beschwerdeführer ein Arbeitstraining mit Option auf Festanstellung bei der Stiftung A.____ (vgl. Urk. 7/143).

Den Gesprächsprotokollen vom 17. Januar 2019 (Urk. 7/145), vom 21. Februar 2019 (Urk. 7/146) und vom 22. März 2019 (Urk. 7/150) ist zu entnehmen, die Arbeitszeit von vier Stunden sei für den Beschwerdeführer eine Herausforderung, die er aber gerne tätige.
3.12

Dr. I. ___ nannte in ihrem Bericht vom 22. März 2019 (Urk. 7/151) folgende Diagnosen (Ziff. 2.5): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Symptome einer PTBS - nach sequentieller Traumatisierung - Kriterium der Schwere des auslösenden Ereignisses durch Arbeitsunfall nicht gegeben - depressive Episode, seit Herbst 2016 schwergradig, aktuell fast remittiert

Die Behandlung habe anfänglich wöchentlich stattgefunden, aktuell finde sie noch 1 Mal pro Monat statt (Ziff. 1.2). In der Psychotherapie hätten sich die depressiven Symptome sukzessive reduziert. Zudem habe der Patient immer mehr gelernt, sich aus dem Traumasog zu befreien und mehr im Hier und Jetzt zu bleiben (Ziff. 2.1).

Der Patient arbeite nun in angepasster Tätigkeit in einem Arbeitsintegrationsbetrieb als Hilfsbäcker 4 Stunden täglich. Danach sei er für den Rest des Tages müde und nicht mehr arbeitsfähig. Eine weitere Steigerung des Pensums sei wegen physischer und psychischer Überforderung nicht möglich gewesen (Ziff. 2.2).

Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Logistiker, maximal eine 50%ige, wahrscheinlich 40%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Möglicherweise könne der Patient in einigen Jahren in angepasster Tätigkeit mehr arbeiten, vor allem wenn seine Tätigkeit stressarm sei, er in einem wertschätzenden, wohlwollenden Umfeld arbeite und er die Möglichkeit habe, seine Körperposition regelmässig zu wechseln (Ziff. 2.7). Aktuell bestehe psychotherapeutisch noch eine niedrigfrequente Begleitung zur Stabilisierung und Rückfallprophylaxe (Ziff. 2.8).

Der Patient sei ausserordentlich motiviert und engagiert. Seine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu akzeptieren, sei für ihn eine grosse Herausforderung gewesen, auf die er lange mit einer schweren Depression reagiert habe. Ein schnelles Verfahren mit Zusprechen einer Teilrente wäre sehr hilfreich, damit er sich weiter stabilisieren könne. Dann sei eine grössere Arbeitsfähigkeit in einigen Jahren nicht ausgeschlossen (Ziff. 5). 3.13

Dr. med. univ. K. ___ führte in ihrem Bericht vom 12. April 2019 (Urk. 7/152) aus, der Patient arbeite im Integrationsprojekt 4 Stunden. Es sei sehr anstrengend für ihn, obwohl er viele Pausen mache. Abends habe er ein stark geschwollenes Knie und verwende Schmerzmittel (Ziff. 2.2). Einer Eingliederung stehe eine reduzierte physische und psychische Belastbarkeit entgegen (Ziff. 4.4). Er fühle sich nicht in der Lage, zu Hause mitzuarbeiten, da er nach der Arbeit bei A. ___ jeweils sehr müde sei und viel Ruhe brauche. Manchmal helfe er bei kleinen Tätigkeiten mit, könne aber keine grösseren Aufgaben übernehmen, da er sich sofort überlastet fühle (Ziff. 4.5). 3.14

Im Gesprächsprotokoll der Stiftung A. ___ vom 7. Mai 2019 (Urk. 7/154) wurde festgehalten, die Präsenzzeit von vier Stunden täglich fordere den Beschwerdeführer heraus. Nach seinen Ferien sei er ausgeruht und erholt zurückgekommen. Er könne die Leistungsfähigkeit über den Tag halten (S. 2 oben). 3.15

Die Fachperson der Stiftung A. ___ erstattete am 26. Juni 2019 ihren Abschlussbericht zum Arbeitstraining (Urk. 7/162). Sie führte aus, es werde im ersten Arbeitsmarkt eine Präsenz von 50 % empfohlen, dies bei einer Leistungsfähigkeit von zirka 70 % (S. 2 Ziff. 6). Der

Beschwerdeführer sei ein zuverlässiger und pünktlicher Mitarbeiter gewesen. Das Arbeitspensum habe er auf vier Stunden täglich stabil aufbauen können (S. 3 Ziff. 7). Mit der Präsenz von 50 % sei er an seine körperlichen Grenzen gestossen, nach der Arbeit sei er erschöpft und müde gewesen. Er übernehme nahtlos eine Festanstellung 50 % als Hilfsbäcker in der A.____ (S. 4 Ziff. 10; vgl. auch Arbeitsvertrag [Urk. 7/157]). 3.16

3.16.1

Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. M.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, B.____, erstatten am 29. Juli 2020 ihr interdisziplinäres Gutachten (Urk. 7/181). 3.16.2

Dr. L.____ nannte im psychiatrischen (Teil-)Gutachten (S. 30-46) keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nannte er eine depressive Episode, nicht näher bezeichnet (F32.9) sowie eine Reaktion auf schwere Belastung (F43.9; S. 38 Ziff. 6).

Der Versicherte habe auf Nachfrage sich aufdrängende Erinnerungen im Zusammenhang mit den Operationen beschrieben. Inzwischen habe er aber davon Abstand gewonnen, denke beziehungsweise erinnere sich noch zwei, maximal drei Mal im Monat daran. Er habe inzwischen auch Instrumente gelernt, um aus dem belastenden Zustand herauszukommen. Alpträume würden verneint. Spitäler et cetera aufzusuchen sei für ihn schwierig, er vermeide dies möglichst (S. 32 Mitte). Befragt zu den aktuellen Beschwerden habe der Versicherte angegeben, dass es ihm seit etwa Anfang 2019 deutlich besser gehe, er nicht mehr so oft an den Unfall denke und es auch von der Depression her besser sei. Auch nach Anfang 2019 habe sich sein Gesundheitszustand weiter verbessert. Er sei aber emotional noch immer nicht so belastbar wie vor dem Unfall (S. 32 unten).

Im Vordergrund des Beschwerdeerlebens stünden Schmerzen im rechten Knie. Diese seien mit Verweis auf das orthopädische Teilgutachten organmedizinisch nicht vollständig erklärbar. In der Vergangenheit sei zum Teil bei gleichzeitig diagnostizierter depressiven Episode und PTBS die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) gestellt worden, dies erscheine problematisch. So sei gemäss ICD-10 bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45) ein vermutlich psychogener Schmerz im Verlauf einer depressiven Störung nicht zu berücksichtigen. Dass bei einer Depression Schmerzen verstärkt wahrgenommen würden, sei lange bekannt. Dies gelte auch für vollständige oder partielle Krankheitsbilder aufgrund posttraumatischer Symptomatik. Insofern werde aktuell eingeschätzt, dass nicht gesondert eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden sollte (S. 37 Ziff. 6 oben).

Die Depression habe sich inzwischen weitgehend zurückgebildet, eine durchgehende Depressivität, die eine Voraussetzung einer auch nur leichten depressiven Episode wäre, liege nicht mehr vor. Der Versicherte beschreibe im Wesentlichen noch eine reduzierte emotionale Belastbarkeit mit nur auftretender depressiver Symptomatik bei Stress, emotionalen Belastungen et cetera, im Sinne einer fluktuierenden Symptomatik. Dies könne am besten mit der ICD-10-Diagnose F32.9, depressive Episode, nicht näher bezeichnet, abgebildet werden (S. 37 Ziff. 6 Mitte).

Nicht im Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall an sich, aber im Zusammenhang mit ängstigenden und für den Versicherten sehr neuen und fremden Belastungen im Zusammenhang mit den Operationen, habe sich in der Vergangenheit eine PTBS

entwickelt. Deren Vollbild gemäss ICD-10 liege aber bei Weitem nicht mehr vor. Es ergebe sich nur noch eine Restsymptomatik im Sinne der Diagnose F43.9, Reaktion auf schwere Belastung (S. 37 Ziff. 6 unten).

Hinsichtlich des Belastungsprofils seien emotional belastende Tätigkeiten zu vermeiden. Des Weiteren kämen Tätigkeit, die den direkten und unmittelbaren Kontakt mit einer Spitalatmosphäre beinhalteten, nicht in Frage (S. 40 Ziff. 7.4).

Im Sinne einer Quintessenz hätten sich die vorliegenden Krankheitsbilder (depressive Episode, posttraumatische Belastungsstörung) sehr gut zurückgebildet, es liege jeweils nur noch eine Restsymptomatik vor, aus der sich rein psychiatrisch keine Verminderung der Arbeitsfähigkeit mehr ergebe, weder hinsichtlich des allgemeinen Arbeitsmarktes noch hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (S. 41 oben Ziff. 7.4). 3.16.3

Dr. M. ___ nannte im orthopädisch- traumatologischen (Teil-)Gutachten (S. 47-61) folgende Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (S. 54 Ziff. 6): - mässige medialbetonte Gonarthrose rechts bei - Status nach arthroskopischer

Mikrofrakturierung des femoralen Gleitlagers des rechten Kniegelenks am 23. Oktober 2012 - Status nach Arthroskopie, Teil- Synovialektomie, Mikrofrakturierung des medialen Femurkondylus sowie Arthrotomie mit AMIC-Plastik retro patellar und am lateralen Femurkondylus des rechten Kniegelenks am 9. Dezember 2013 - Status nach Implantation einer femoropatellaren Knie-Prothese Arthrex, modifizierte Mikrofrakturierung und Notchplastik des rechten Kniegelenks am 10. Februar 2016

Als Diagnosen ohne Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie: - Adipositas, Body Mass Index (BMI) 32,9 kg/m² - Verdacht auf Osteopenie - Senk-Spreizfuss beidseits

Der Versicherte habe angegeben, er könne die Tätigkeit als Hilfsbäcker nicht mit einem höheren Pensum als die derzeitigen 50 % durchführen, da die körperliche Belastung bereits grenzwertig für ihn sei. Dies sei diskrepant zum angegebenen Aktivitätsniveau in den Bereichen Freizeit und Haushalt. Der Versicherte sei körperlich in der Lage, im Haushalt mitzuhelfen, einkaufen, schwimmen und spazieren zu gehen, mehrfach täglich die Mietwohnung im 3. Stock ohne Lift zu verlassen und zu erreichen, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, Auto zu fahren und mit dem Flugzeug in den Urlaub in die Türkei zu fliegen. Diskrepant zu den angegebenen starken Schmerzen sei die nur bedarfsweise Einnahme von Dafalgan (S. 56 f. Ziff. 7.3).

Das Belastungsprofil beinhalte körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, überwiegend im Sitzen, mit freiem Wechsel zwischen Stehen und Gehen. Im Sinne einer Quintessenz bestehe von orthopädisch- traumatologischer Seite eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Lagerleiter. In einer leidensadaptierten Tätigkeit wie zum Beispiel in der derzeitigen Tätigkeit als Hilfsbäcker bestehe hingegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 58 Ziff. 7.4). Diese gelte seit Mitte Juni 2016 (S. 59 unten Ziff. 8). 3.16.4

In der bidisziplinären Gesamtbeurteilung (S. 1-29) kamen die Gutachter zum Schluss, es bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 0 %

seit dem Unfall vom 16. März 2012. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Lagerleiter sei seitdem aufgehoben (S. 9 Ziff. 4.7). In leidens angepasster Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 100 % (S. 9 Ziff. 4.8). Das Belastungsprofil entspreche dabei einer Addition der Voraussetzungen gemäss den beiden Teilgutachten (S. 9 Ziff. 4.5);

vgl. E. 3.16.2-3).

Zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten (S. 10 f. Ziff. 4.8) hielten die Gutachter fest, nach der Arthroskopie des rechten Kniegelenks am 23. Oktober 2012 sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für 6 Wochen postoperativ nachvollziehbar. Danach werde das Erreichen einer 50%igen Arbeitsfähigkeit mit monatlicher 25%iger Steigerung beurteilt. Ab Anfang Februar 2013 werde von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Nach der erneuten Arthroskopie des rechten Kniegelenks mit einer AMIC-Plastik am 9. Dezember 2013 sei für 3 Monate postoperativ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Ab März 2014 werde vom Erreichen einer 50%igen Arbeitsfähigkeit mit Steigerung auf 100 % innerhalb eines Monats ausgegangen. Ab April 2014 werde das Erreichen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit eingeschätzt. Nach der Implantation einer femoropatellaren Knieprothese im rechten Kniegelenk am 10. Februar 2016 sei für 3 Monate postoperativ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Bereits sechs Wochen postoperativ sei am 22. März 2016 erwähnt worden, dass die Schmerzen etwas besser seien und der Versicherte nur noch Dafalgan nehmen müsse. Ab Mitte Mai 2016 werde vom Erreichen einer 50%igen Arbeitsfähigkeit mit Steigerung auf 100 % innerhalb eines Monats ausgegangen. Von Mitte Juni bis September 2016 sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt gewesen. Ab Oktober 2016 habe eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bestanden, und zwar wie folgt: Oktober 2016 bis Ende Juli 2017 Arbeitsfähigkeit 0 % ; Ende Juli 2017 bis Ende September 2017 Arbeitsfähigkeit 50 % . Ende September bis Ende 2017 Arbeitsfähigkeit 0 % . Von Anfang 2018 bis 20. März 2018 schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % ; vom 20. März 2018 bis 19. Juni 2019 schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 70 % , danach bis Ende 2019 schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % . Seit Anfang 2020 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % . 3.17

Dr. I. ___ beantwortete am 12. Februar 2021 (Urk. 7/195/1-4 = Urk. 3/1) die Fragen des Beschwerdeführers zum psychiatrischen Teilgutachten. Dabei führte sie aus, die Diagnose der PTBS bilde am ehesten das Störungsbild ab. Nachhall Erinnerungen und Flashbacks träten eindeutig häufiger als im Gutachten erwähnt auf, dies auch regelmässig in den Therapiestunden. Dies sei das typische Merkmal für eine PTBS. Die gutachterliche Diagnose einer Reaktion auf schwere Belastung werde dieser Symptomatik und dem Gesamtbild nicht gerecht. Trotz Reduktion des Ausmasses sei der Patient täglich mit den Symptomen und der Einschränkung konfrontiert. Die depressive Symptomatik habe sich seit der Begutachtung leider wieder verschlechtert und sei aktuell wieder mittelgradig vorhanden, so dass neu von einer rezidivierenden depressiven Symptomatik ausgegangen werden könne (Ziff. 2).

Die Stiftung A. ___ sei eine in Integration erfahrene Einrichtung, die Menschen gut einschätzen könne. Sie bestätige vollumfänglich, dass mehr als 40-50 % nicht möglich sei, und zwar nicht nur aufgrund der physischen, sondern auch aufgrund der psychischen Symptomatik (Ziff. 4).

Der Beschwerdeführer sei weit entfernt von einem normalen Alltag. Nach der Arbeit müsse er sich immer hinlegen und sei für den Rest des Tages müde. Selten gehe er zur Entlastung seiner Ehefrau mit der Tochter ins Schwimmbad, sei danach jedoch erschöpft und müsse sich hinlegen. Der Beschwerdeführer habe eine ausgesprochen gut funktionierende und wohlwollende Familie sowie eine Ehefrau, die ihn stets unterstütze und zu Aktivitäten motiviere. Nur so sei überhaupt eine Besserung der Arbeitsfähigkeit möglich gewesen

(Ziff. 5.b).

Das Gutachten werde gesamthaft den Funktionseinschränkungen im Alltag und im Beruf nicht gerecht (Ziff. 8). 3.18

Die Hausärztin Dr. med. N.____ , Praktische Ärztin,

beantwortete am 12. Februar 2021 (Urk. 7/195/5-6) die Fragen des Beschwerdeführers zum ortho pädischen Teilgutachten. Dabei führte sie aus, die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit betrage maximal 50 % . Der Patient sage, er sei fast nie beschwerdefrei und bemerke immer wieder eine schmerzhafte Knieschwellung nach der Arbeit, obwohl er nur 50 % arbeite (Ziff. 4). 3.19

Die B.____ -Gutachter nahmen am 4. Mai 2021 (Urk. 7/200) Stellung zu den Berichten der Behandler vom 12. Februar 2021 (E. 3.18-19). Dabei führten sie aus, der Versicherte habe in grösseren Abständen (zwei bis drei Mal im Monat) vorkommende, gut begrenzbare Intrusionen (keine Flashbacks) sowie ein nur mässig ausgeprägtes Vermeidungsverhalten beschrieben und habe Alpträume völlig verneint. Die Angaben im Bericht von Dr. I.____ seien diskrepant zu den Angaben des Versicherten und passten auch überhaupt nicht zum üblichen Verlauf von PTBS, die sich in der Regel im Verlauf besserten, insbesondere bei Durchführung einer Psychotherapie . Die beschriebene Verschlechterung seit dem Gutachten hin zu einer mittelgradigen depressiven Symptomatik werde durch nichts belegt, wie etwa durch einen veränderten psychischen Befund, veränderte psychosoziale Umstände et cetera (S. 2 Mitte zu Frage 1).

In Eingliederungsmassnahmen wie dem durchgeführten Arbeitstraining zeige sich zunächst einmal die Performance im Sinne der gezeigten Leistung, dies unabhängig davon, ob gegebenenfalls eine höhere Leistung gezeigt werden könnte, also eine höhere Capacity vorliege. Im vorliegenden Fall werde eine höhere Capacity gesehen als im Rahmen der beruflichen Massnahmen durch den aktuellen Arbeitgeber eingeschätzt (S. 3 zu Frage 4).

Im Bericht der Hausärztin vom 12. Februar 2021 würden im Wesentlichen lediglich die subjektiven Beschwerden des Versicherten wiedergegeben . Medizinisch plausible Begründungen für die fachgebietsfremde Beurteilung des Gesundheitszustands seitens der Hausärztin in Bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat seien keine vorhanden (S. 4 Mitte).

Zusammenfassend werde an der Beurteilung im Gutachten festgehalten (S. 4 unten). 3.20

Med. pract . O.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Stellvertreterin von Dr. I.____ , führte in ihrer Stellungnahme zuhanden des Beschwerdeführers vom 20 . September 2021 (Urk. 3/2) aus, es zeige sich nun eine Verschlechterung der Symptomatik in Zusammenhang mit dem Gutachten, den negativen IV-Entscheiden und der dadurch unsicheren Zukunftsperspektive. Eine mittelschwere depressive Symptomatik werde deutlich (S. 1 Mitte). Aktuell könne der Patient seine Arbeitsfähigkeit von 50 % als Hilfsbäcker in der Stiftung A.____ knapp aufrechterhalten (S. 1 unten). Der Beschwerdeführer sei kein Mensch, der seine Beschwerden übermässig verdeutliche. Im Gegenteil liege eher Dissimulation vor. Er habe bisher seit 2019 seine Arbeitstätigkeit aufrechterhalten können und gehe über seine psycho-physischen Grenzen hinaus, indem er darüber hinaus so gut wie möglich für seine Familie da sei und mit ihr an Aktivitäten teilnehme (S. 2 oben). Es sei äusserst unwahrscheinlich, dass langfristig eine höhere Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne (S. 2 unten). 4. 4.1

Das bidisziplinäre

B.____ -Gutachten vom 29. Juli 2020 (E. 3.16) erfüllt die Voraussetzungen an einen beweiskräftigen Bericht (E. 1. 6), weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. 4.2

In somatischer Hinsicht werden die gutachterlichen Schlussfolgerungen von den Parteien denn auch nicht mehr in Frage gestellt (E. 2.1-2) , nachdem sich die B.____ -Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 4. Mai 2021 (E. 3.19) der entgegenstehenden Einschätzung einer tieferen Arbeitsfähigkeit durch die fachfremde Hausärztin (E. 3.18) mangels plausibler medizinischer Begründung in nachvollziehbarer und konsistenter Weise nicht anschliessen wollten. Der Beschwerdeführer nimmt denn auch seit Ende Mai 2016 keine orthopädische Behandlung mehr in Anspruch (vgl. Urk. 7/181 S. 57 Mitte Ziff. 7.2).

Es ist demnach in somatischer Hinsicht erstellt, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Lagerleiter seit dem Unfall vom 16. März 2012 vollständig arbeitsunfähig, in an sein Knieleiden adaptierten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten, überwiegend im Sitzen, mit freiem Wechsel zwischen Stehen und Gehen, hingegen zu 100 % arbeitsfähig ist, wobei die derzeitige Tätigkeit als Hilfsbäcker leidensadaptiert ist (E. 3.16.3). 4.3

Die Schmerzen im rechten Kniegelenk wurden entsprechend bereits

im Februar 2017 seitens des Konsiliarpsychiaters der SUVA, Dr. G.____ , als nicht mehr in angemessener Weise durch somatische Befunde erklärbar bezeichnet (E. 3.6). Dennoch standen die weiterhin als organmedizinisch nicht vollständig erklärbar erachteten Knieschmerzen anlässlich der B.____ -Begutachtung im Sommer 2020 offenbar noch immer im Vordergrund des Beschwerdeerlebens (E. 3.16.2). Dr. G.____ hatte damals die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) gestellt. Dem hielt Dr. L.____ im Jahr 2020 entgegen, bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45) sei ein vermutlich psychogener Schmerz im Verlauf einer depressiven Störung nicht zu berücksichtigen. Dies ist korrekt (vgl. Dilling / Mombour /Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F] Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10., überarbeitete Auflage, Bern 2015, S. 233) und überzeugt.

Der genannten Publikation ist an der zitierten Stelle weiter zu entnehmen, dass der Schmerz in Verbindung mit schwerwiegenden emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auftrete. Solche sind derzeit jedoch nicht auszumachen, nachdem der Beschwerdeführer eine Teilzeitarbeitsstelle gefunden und sich dort bewährt hat (vgl. nachstehend E. 4.9-10) sowie auf eine gut funktionierende, wohlwollende und unterstützende Familie (E. 3.17 ; Urk. 7/89 S. 14 oben ; Urk. 7/117 S. 1 Mitte) zurückgreifen kann.

Es fällt denn auch auf, dass die behandelnde Dr. I.____ (E. 3.17) und ihre Kollegin med. pract . O.____ (E. 3.20) im Nachgang des Gutachtens sowie der zusätzlichen Stellungnahme der Gutachter (E. 3.19) die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gar nicht mehr thematisierten. So oder anders wurden die Beschwerden im rechten Knie im Belastungsprofil der angepassten Tätigkeit bereits berücksichtigt (E. 4.2). Eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit lässt sich durch sie unbestrittener Weise nicht begründen. 4.4

In psychiatrischer Hinsicht hielt der Teilgutachter Dr. L.____ fest, die vorliegenden Krankheitsbilder (depressive Episode, PTBS) hätten sich sehr gut zurückgebildet, es liege

jeweils nur noch eine Restsymptomatik vor (E. 3.16.2). Dies deckt sich mit dem sorgfältig erhobenen, unauffälligen psychopathologischen Befund (Urk. 7/181 S. 35 Ziff. 4.3) . Auch im Übrigen hatte Dr. L.____ nichts Auffälliges zu berichten, weshalb unklar bleibt, inwiefern sich der Beschwerdeführer in der Untersuchungssituation wie behauptet ohnmächtig und ausgeliefert gefühlt haben soll , und was er daraus ableiten möchte (E. 2.2). Insbesondere ist nicht nachvollziehbar, worin der Zusammenhang bestehen sollte zwischen der geltend gemachten Ohnmacht und der angeblichen Tendenz zur Dissimulation.

Dr. L.____ stützte sich nicht nur auf eigene Beobachtungen, sondern insbesondere auch auf die Angaben des Beschwerdeführers, wonach es ihm seit Anfang 2019 deutlich besser gehe und sich sein Gesundheitszustand auch danach weiter verbessert habe (E. 3.16.2). Dies deckt sich denn auch mit den Angaben der behandelnden Psychiaterin Dr. I.____ , welche am 22. März 2019 als Diagnose eine aktuell fast remittierte depressive Episode nannte und damit übereinstimmend ausführte, die Behandlung finde nur noch 1 Mal pro Monat statt, die depressiven Symptome hätten sich sukzessive reduziert, der Beschwerdeführer habe immer mehr gelernt, sich aus dem Traumasog zu befreien (E. 3.12). 4.5

In affektiver Hinsicht ist es daher schlüssig, dass Dr. L.____ nicht einmal mehr die Voraussetzungen einer leichten depressiven Episode als gegeben erachtete, sondern nurmehr eine fluktuierende Symptomatik im Sinne einer depressiven Episode, nicht näher bezeichnet (F32.9), als gegeben erachtete.

Im Bereich der Belastungsstörung diagnostizierte Dr. L.____ eine Reaktion auf schwere Belastung (F43.9). Nachdem der Beschwerdeführer angegeben hatte, er erinnere sich noch zwei bis maximal drei Mal pro Monat an die belastenden Operationen (E. 3.16.2), wobei weder Flashbacks, ausgeprägtes Vermeidungsverhalten noch Alpträume vorkämen (E. 3.19), liegt der Schluss von Dr. L.____ durchwegs nahe, in der Vergangenheit habe sich zwar eine PTBS entwickelt, mittlerer weile liege deren Vollbild aber bei Weitem nicht mehr vor, sondern nur mehr eine Restsymptomatik (E. 3.16.2).

Die behandelnde Dr. I.____ stellte sich im Februar 2021 auf den Standpunkt, die Nachhallerinnerungen und Flashbacks träten eindeutig häufiger als im Gutachten erwähnt auf (E. 3.17). Es ist indes nicht davon auszugehen , dass der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter diesbezüglich Angaben zu seinem Nachteil gemacht hat . Dies verträgt sich schlecht damit, dass sich seine Intelligenz im Normbereich bewegt (Urk. 7/181 S. 36 oben) und ihm bewusst sein dürfte, worum es in einem IV-Verfahren geht, nachdem dieses schon seit 2013 im Gange ist.

Objektive Hinweise für die behauptete Dissimulation liegen keine vor.

Auch erscheint die Aussage von Dr. I.____ als wenig plausibel , wonach d er Beschwerdeführer täglich mit den Symptomen und der Einschränkung der PTBS konfrontiert sei, zumal etwa seitens der A.____ Stiftung nie etwas Dahingehendes festgehalten worden war. Schliesslich ist bei Berichten von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifels fall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), sprich tendenziell den Gesundheitsschaden eher schwerwiegender und die Arbeitsfähigkeit eher tiefer einschätzen, als dies objektiv gerechtfertigt wäre. 4.6

Dies muss auch in affektiver Hinsicht gelten. Diesbezüglich führte Dr. I. ___ im besagten Schreiben vom 17. Februar 2021 (E. 3.17) zuhanden des Beschwerdeführers und während laufenden Vorbescheidverfahrens

aus, die depressive Symptomatik habe sich seit der Begutachtung leider wieder verschlechtert und sei aktuell wieder mittelgradig vorhanden. Darauf kann nicht abgestellt werden, nachdem – worauf auch die B. ___ -Gutachter zu Recht hinwies (E. 3.19) - die beschriebene Verschlechterung durch nichts belegt wurde. Noch später, nämlich erst im Hinblick auf das Beschwerdeverfahren, lieferte die Stellvertreterin von Dr. I. ___ , med. pract . O. ___ , zuhanden des Beschwerdeführers am 29. September 2021 einen kurzen Psychostatus nach (Urk. 3/2 S. 1 Mitte; vgl. auch E. 3.20). Diesem kann keine relevante Beweiskraft mehr zukommen (vgl. BGE 121 V 45 E. 2a).

Die geltend gemachte Verschlechterung der psychischen Verfassung infolge eines negativen IV-Entscheides ist zudem normalpsychologisch ohne Weiteres nachvollziehbar , dürfte vorübergehender Natur sein und vermag keine andere Einschätzung zu rechtfertigen. Dies umso weniger, als die Arbeitstätigkeit trotz der angeblichen Verschlechterung offenbar in unvermindertem Pensum weitergeführt wurde (vgl. E. 3.20). 4.7

Somit vermögen die Berichte der Behandler den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens hinsichtlich der getätigten Diagnosen nicht zu erschüttern.

Angesichts der nurmehr vorhandenen

Restsymptomatik

erscheint auch die gutachterlich attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit schlüssig.

Der Beschwerdeführer erachtet sich demgegenüber als maximal 50 % arbeitsfähig und beruft sich dabei insbesondere auf die Erfahrungen aus den beruflichen Massnahmen und dem praktischen Erwerbsalltag (E. 2.2). 4.8

Zwar obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, nicht den Fachleuten der Berufsberatung beziehungsweise der beruflichen Eingliederung. Mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung ist jedoch einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzusprechen. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (Urteil des Bundesgerichts 8C_563/2018 vom 14. November 2018 E. 6.1.1). 4.9

Dr. L. ___ erachtete den Beschwerdeführer in angepasster Tätigkeit gegen Ende des Arbeitstrainings bei der Stiftung A. ___ am 19. Juni 2019 als zu 70 % arbeitsfähig, mit anschliessender schrittweiser Verbesserung auf 100 % bis Ende 2019 (E. 3.16.2). Die Fachperson der Stiftung A. ___ empfahl im Abschlussbericht vom 26. Juni 2019 eine Präsenz von 50 % im ersten Arbeitsmarkt bei einer Leistungsfähigkeit von zirka 70 %

(E. 3.15). Indes begründete sie dies e verminderte Arbeitsfähigkeit mit körperlichen und nicht mit psychischen Grenzen, an die der Beschwerdeführer gestossen sei. Auch gegenüber der orthopädischen B.____ T eilgutachterin äusserte der Beschwerdeführer, die körperliche Belastung als Hilfsbäcker sei grenzwertig, deshalb sei kein höheres Pensum als 50 % möglich (E. 3.16.3). Die volle Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht in angepasster Tätigkeit ist indes klar erstellt und nicht strittig (vgl. E. 4.2). Somit v ermöchte die Empfehlung seitens der Stiftung A.____ höchstens in Frage zu stellen, ob die Tätigkeit als Hil fsbäcker effektiv angepasst ist, was indes unbestritten und ausgewiesen ist.

In psychiatrischer Hinsicht kann hingegen keine erhebliche Diskrepanz zur gutachterlichen Einschätzung festgestellt werden. Dem Erfordernis des Einholens einer klärenden medizinischen Stellungnahme kam die Beschwerdegegnerin ohnehin nach, indem sie den B.____ -Gutachtern einschlägige Zusatzfragen unterbreitete, welche von diesen mit dem Hinweis auf die Unterschiede zwischen «Performance» und « Capacity » nachvollziehbar beantwortet wurden (E. 3.19).

Den Versuch einer Steigerung des Pensums über 50 % nahmen die Fachpersonen der Stiftung A.____ lediglich ein Mal vor , und zwar im September 2018 auf ein Pensum von 4.5 Stunden täglich (E. 3.11.2). Dass dem Beschwerdeführer diese Arbeitszeit schwergefallen sei, wurde ebenfalls vor allem körperlich begründet, nämlich mit Entkräftung und Schmerzen. Die Angabe, dass die Arbeitszeiter höhung vermehrt krankheitsbedingte Absenzen generiert habe, ist sodann kritisch zu hinterfragen angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer konkret nur vom 19. bis 21. September 2018 krank war. Es fällt schwer, nachzuvollziehen, weshalb die Leistungsfähigkeit im Abschlussbericht mit nur 70 % beziffert wurde und weshalb in der Folge nie mehr ein Versuch der Arbeitszeiterhöhung unternommen wurde, zumal der Beschwerdeführer die Leistungsfähigkeit gemäss Gesprächsprotokoll vom 1. November 2018 über die Präsenzzeit von 4 Stunden hoch halten konnte (E. 3. 11.2) . In den weiteren Gesprächsprotokollen ist diesbezüglich nur der immer gleiche Satz zu finden, die Arbeitszeit von vier Stunden sei für den Beschwerdeführer eine Herausforderung, die er aber gerne tätige (vgl. E. 3.11.3). Die vom Beschwerdeführer gegenüber Dr. L.____ geschilderte Verbesserung des Gesundheitszustandes ab Anfang 2019 sowie der damit übereinstimmende Bericht von Dr. I.____ vom März 2019 (E. 3.12) finden somit in den Berichten der Stiftung A.____ keinen Niederschlag. Auch deshalb sind sie nicht geeignet, um die zumutbare Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bei 4 Stunden täglich zu zementieren.

Es wäre schliesslich auch schwer vorstellbar, dass die Verantwortlichen der Stiftung A.____ dem Beschwerdeführer als ihrem zukünftigen Arbeitnehmer im Frühjahr 2019 eine höhere Arbeitsfähigkeit zugeschrieben hätten , als dieser sich selbst zutraute . Dies wäre für das weitere Arbeits - und Vertrauens verhältnis kaum förderlich gewesen. 4.10

Die Berichte der Fachpersonen der Stiftung A.____

können nach dem Gesagten nicht als völlig neutral bezeichnet werden und beziehen sich vor allem auf die körperliche Fitness des Beschwerdeführers, wobei nicht nachvollzogen werden kann, weshalb keine Pensumssteigerung mehr versucht wurde. Sie vermögen somit keine ernsthaften Zweifel an der gutachterlichen Annahme einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ab 20. Juni 2019 zu begründen (E. 4.8). Nach diesem Zeitpunkt liegen keinerlei Berichte der Stiftung A.____ als nunmehr ordentlichem Arbeitgeber in mehr vor, die im Hinblick auf

den weiteren Verlauf der attestierten Arbeitsfähigkeit zu beachten wären. Anzumerken ist immerhin, dass der Beschwerdeführer die Stelle mindestens bis zum 29. September 2021 halten konnte und das Pensum von 50 %

sowie ausserberufliche Aktivitäten selbst bei zu diesem Zeitpunkt geltend gemachter Verschlechterung des Gesundheitszustandes (E. 3.20) aufrechterhalten werden konnte, was ebenfalls für eine hohe Arbeitsfähigkeit spricht. 4.11

Da betreffend den psychischen Gesundheitsschaden in Übereinstimmung mit der erstellten 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit per 1. Januar 2020 lediglich noch eine Restsymptomatik vorhanden war, die in affektiver Hinsicht nicht einmal die Voraussetzungen einer leichten Depression erfüllte (E. 3.16.2), betreffend Reaktion auf schwere Belastung lediglich ein zwei- bis dreimaliges Denken an diese pro Monat umfasst und allfällig psychogene Kniebeschwerden bereits im Belastungsprofil berücksichtigt wurde (vgl. E. 4.3), erweist sich ein strukturiertes Beweisverfahren vorliegend als nicht nötig, weshalb davon abgesehen werden kann (E. 1.4). 4.12

Als kaum durchführbar und somit nicht verhältnismässig erweist sich das strukturierte Beweisverfahren im Hinblick auf die in der Vergangenheit liegenden Arbeitsunfähigkeiten, soweit diese psychiatrisch bedingt waren.

Von Bedeutung sind die vergangenen Arbeitsunfähigkeiten allemal, kann ein Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG – unter Berücksichtigung des Wartjahres – doch bereits nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches entstehen.

Die IV-Anmeldung des Beschwerdeführers ging am 28. März 2013 bei der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 7/2 sowie Aktenverzeichnis zu Urk. 7). Ein allfälliger Rentenanspruch bestünde somit frühestens ab dem 1. September 2013. Infolge der durchgehenden Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seit dem Unfall vom 16. März 2012 war auch das Wartjahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. E. 1.3) in diesem wie auch zu jedem späteren Zeitpunkt erfüllt. 4.13

Im vorliegenden Verfahren um Leistungen der Invalidenversicherung ist nicht von Bedeutung, dass der Beschwerdeführer bereits Taggelder der Unfallversicherung bezogen hat (vgl. etwa Urk. 7/99/2-3). Gemäss Art. 68 ATSG werden Taggelder nämlich unter Vorbehalt der Überentschädigung kumulativ zu Renten anderer Sozialversicherungen gewährt. Nach Art. 69 ATSG darf das Zusammenreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen zwar nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Person führen (Abs. 1), weshalb

die Leistungen um den Betrag der Überentschädigung gekürzt werden. Von einer Kürzung ausgeschlossen sind indes die Renten der AHV und der IV sowie alle Hilflosen- und Integritätsentschädigungen

(Abs. 3; vgl. BGE 139 V 519 E. 3). 4.14

Die Gutachter kamen zum Schluss, es habe nach den Operationen vom 9. Dezember 2013 und vom 10. Februar 2016 jeweils 3 Monate lang eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und für rund 3 Wochen eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (E. 3.16.4). Diese vorübergehenden postoperativen Arbeitsunfähigkeiten vermögen das Kriterium der bleibenden oder längere Zeit dauernden ganzen oder teilweisen Erwerbsunfähigkeit nicht zu erfüllen und somit keine Invalidität zu begründen (E. 1.2). 4.15

Anders verhält es sich mit dem gesundheitlichen Einbruch des Beschwerdeführers und der nachfolgenden Erwerbsunfähigkeit im Herbst 2016 aus psychiatrischen Gründen. Dass der Beschwerdeführer von Oktober 2016 bis Juli 2017 auch in angepasster Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig war, ergibt sich nicht nur aus der psychiatrisch begründeten (vgl. Urk. 7/181 S. 41 f. Ziff.

8) Einschätzung der B.____-Gutachter (E. 3.16.4), sondern deckt sich auch mit der Beurteilung durch den Konsiliarpsychiater der SUVA nach eigener Untersuchung vom 14. Februar 2017 (E. 3.6). Dr. G.____ hatte unter anderem eine seit rund Herbst 2016 bestehende ,

schwergradig ausgeprägte depressive Episode diagnostiziert und fest gehalten, es sei zurzeit keine Erwerbstätigkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt zumutbar, wobei er das Erreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit innerhalb von 6 bis 12 Monaten als erreichbar erachtete. Damit übereinstimmend sah die Fachperson der Eingliederungsstätte F.____ am November 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der auftretenden Depressionen (E. 3.5) und schloss die Eingliederung am 31. März 2017 zugunsten einer ärztlichen Betreuung ab (E. 3.7). Unbeachtlich ist demgegenüber mangels Facharztstitel und mangels näherer Begründung die Einschätzung durch den Allgemeinarzt Dr. med. P.____, der im undatierten Bericht vom Dezember 2016 (Urk. 7/86) festhielt, der Patient sei von psychiatrischer Seite belastbar, eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ab sofort zu 80 bis 100 % möglich (Ziff. 1.7). 4.16

Nach einer vorübergehenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit im Sommer 2017 wurde seitens der B.____-Gutachter von Oktober bis Dezember 2017 erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit beurteilt, worauf bis zum Beginn des Arbeitstrainings am 20. März 2018 eine Steigerung auf eine Arbeitsfähigkeit von 50 % erfolgt sei (E. 3.16.4). Auch dies ist mit Blick auf den echtzeitlichen Bericht von Dr. I.____ vom 27. Oktober 2017 (E. 3.9) plausibel, welche den Beschwerdeführer damals wöchentlich sah und eine behinderungsangepasste Tätigkeit als nicht möglich erachtete. Damit übereinstimmend erachteten die Fachpersonen der J.____ nach der Potentialabklärung vom 5. Februar bis 2. März 2018 eine direkte Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt als noch nicht erreichbar (E. 3.10), wobei der Beschwerdeführer aber am 20. März 2018 das Belastbarkeitstraining bei der Stiftung A.____ anzutreten vermochte, was ebenfalls für eine gewisse Verbesserung im Frühjahr 2018 spricht. 4.17

Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Dies gilt auch bei einer rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente (E. 1.4).

Die vorübergehende Verbesserung im Sommer 2017 dauerte nicht mehr als 3 Monate und wird daher nicht zu berücksichtigen sein, weshalb eine nähere Quantifizierung der Arbeitsfähigkeit im Zeitraum Juli-September 2017 unterbleiben kann. Gleiches gilt für die genaue Festlegung der schrittweise gesteigerten Arbeitsfähigkeit im Frühjahr 2018, da mit Antritt der beruflichen Massnahme am 20. März 2018 der erforderliche Zeitraum zur Annahme einer nachhaltigen Verbesserung ebenfalls noch nicht erreicht war und aufgrund der Ausrichtung von Taggeldern durch die Beschwerdegegnerin im nachfolgenden

Zeitraum bis zum 19. Juni 2019 (vgl. Urk. 7/122; Urk. 7/132 ; Urk. 7/144) kein Rentenanspruch bestehen kann (Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG in Verbindung mit Art. 22 IVG). Gleiches gilt für den Zeitraum vom 5. Februar bis 2. März 2018 (vgl. Urk. 7/116).

Der noch vorzunehmenden Invaliditätsbemessung ist daher nach dem Gesagten für den Zeitraum vom 1. Oktober 2016 bis 4. Februar 2018 und vom 3. bis 19. März 2018 eine Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 100 % zugrunde zu legen. 4.18

Plausibel ist schliesslich die Annahme einer schrittweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 70 % am 20. Juni 2019 auf 100 % am 31. Dezember 2019. Ein Revisionsgrund im Sinne einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes (vgl. E. 1.5) ist in Anbetracht der zeitlich nicht näher konkretisierbaren schrittweisen Steigerung über einen Zeitraum von gut einem halben Jahr erst per 31. Dezember 2019 anzunehmen. Diese ist ab Anfang April 2020 zu berücksichtigen (vgl. E. 4.15) .

Der noch vorzunehmenden Invaliditätsbemessung ist daher nach dem Gesagten für den Zeitraum vom 20. Juni 2019 bis 31. März 2020 eine Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 30 % zugrunde zu legen. 4.19

Es bleiben die erwerblichen Auswirkungen zu prüfen. 5. 5.1

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 gegen übergestellt 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). 5.2

Das Valideneinkommen

errechnete die Beschwerdegegnerin im Einkommensvergleich vom 30. Dezember 2020 (Urk. 7/186) auf Fr. 90'008.--. Dabei stellte sie auf das im Jahr 2011 gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK) erzielte Einkommen von Fr. 85'974.-- als Lagerleiter bei der Z.____ SA (Urk. 7/10/1) ab und berücksichtigte die Teuerung bis zum Jahr 2019. Diese Berechnung ist zwar unbestritten (vgl. E. 2.2), doch nicht ganz korrekt. So berücksichtigte die Beschwerdegegnerin für das Jahr 2019 lediglich eine Teuerung von 0.5 % mit dem Hinweis, dass die definitive Veränderung 2019 durch das Bundesamt für Statistik (BFS) noch nicht bekanntgegeben worden sei (Urk. 7/186 S. 2). Gemäss der definitiven Berechnung des BFS betrug dieses jedoch 0.9 % (Tabelle 39: Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne [1976-2020], veröffentlicht am 30. April 2021) . Somit beträgt das Valideneinkommen

richtigerweise Fr. 90'367.-- (89'560.47 x 1.009) 5.3

Der Beschwerdeführer arbeitet aktuell als Hilfsbäcker für die Stiftung A.____ . Dies stellt eine leidensadap tierte Tätigkeit dar (vgl. E. 4.2). Es rechtfertigt sich daher das Invalideneinkommen des Beschwerdeführers - wie von diesem beantragt (E. 2.2) - gestützt

auf dessen tatsächlich erzielt es Einkommen konkret zu berechnen.

Gemäss Arbeitsvertrag mit der Stiftung A.____ vom 12. Juni 2019 (Urk. 7/157) erzielte der Beschwerdeführer ab 20. Juni 2019 ein Bruttojahreseinkommen von Fr. 28'600.-- bei einem Pensum von 50 % , was einem Bruttojahreseinkommen von Fr. 57'200.-- bei einem Vollpensum entspricht. Unklar bleibt, wie der Beschwerdeführer rechnerisch auf ein Jahreseinkommen bei einem Vollpensum von Fr. 42'400.-- kam (E. 2.2). Das Invalideneinkommen beträgt bei einem Vollpensum richtigerweise Fr. 57'200.--. 5.4

Im Zeitraum vom 1. Oktober 2016 bis 4. Februar 2018 und vom 3. bis 19. März 2018 betrug das Invalideneinkommen bei einer Arbeitsfähigkeit von 0 % (E. 4.15) Fr. 0.--, was Anspruch auf eine ganze Rente verleiht.

Im Zeitraum vom 20. Juni 2019 bis 31. März 2020 betrug das Invalideneinkommen bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % Fr. 40'040.-- (0.7 x Fr. 57'200), was bei einer Gegenüberstellung mit dem Valideneinkommen von rund Fr. 90'367.-- (E. 5.2) einen Invaliditätsgrad von rund 56 % ergibt und somit Anspruch auf eine halbe Rente verleiht (E. 1.3).

Im Zeitraum ab 1. April 2020 betrug das Invalideneinkommen bei einer Arbeitsfähigkeit von 100 % Fr. 57'200.--, was bei einer Gegenüberstellung mit dem Valideneinkommen von rund Fr. 90'367.-- einen Invaliditätsgrad von rund 37 % ergibt und somit keinen Rentenanspruch mehr verleiht. 5.5

Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. 6.

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 9. November 2021 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie den

Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen (vgl. nachfolgend E. 6.2).

E. 6.2.1

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht

des Kantons Zürich (GSVGer) hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als weitere Bemessungskriterien nennt § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Ist das Quantitativ einer Leistung streitig, rechtfertigt eine « Überklagung » nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der

Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1 und 8C_500/2020 vom 9. Dezember 2020 E. 4.4).

E. 6.2.2

Der Beschwerdeführer beantragte die Zusprache einer Rente und begründete dies mit seiner 50%igen Arbeitsfähigkeit, auf welche in Abweichung von der gutachterlichen Einschätzung abzustellen sei (vgl. Urk. 1).

Wie dargelegt, ist - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - auf das Gutachten sowohl hinsichtlich der Diagnosen als auch hinsichtlich deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit abzustellen. Diesbezüglich unterliegt der Beschwerdeführer und sein generell gehaltenes Rechtsbegehren hat den Prozessaufwand beeinflusst. Einzig in Bezug auf die rückwirkende und befristete Zusprache einer Rente für Zeiträume vor der Begutachtung obsiegt der Beschwerdeführer wiederum gestützt auf die gutachterlichen Einschätzungen. Wäre lediglich eine rückwirkende befristete Rente gestützt auf das Gutachten beantragt worden, wäre der Prozessaufwand geringer ausgefallen. Daher rechtfertigt es sich vorliegend, die grundsätzlich zu bejahende Parteientschädigung um die Hälfte zu reduzieren.

In Anwendung obiger Kriterien ist die um die Hälfte reduzierte Parteientschädigung vorliegend auf Fr. 750.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 31. August 2021 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 1. Oktober 2016 bis 4. Februar 2018 und vom 3. bis 19. März 2018 Anspruch auf eine befristete ganze Rente sowie vom 20. Juni 2019 bis 31. März 2020 Anspruch auf eine befristete halbe 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 reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 750.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Pro Infirmis Zürich - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 15. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grieder-Martens Boller

E. 9

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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