

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00431 vom 29. November 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00431

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00431 du 29 novembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00431 del 29 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1980, war zuletzt von Oktober 2003 bis Juli 2007 als Schichtführer/Maschinist bei der Y. AG, Z., tätig (Urk. 8/11/2 Ziff. 2.1, Ziff. 2.7) und meldete sich am 14. April 2008 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (Rente) an (Urk. 8/1).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte medizinische Berichte (Urk. 8/14-15), einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 8/10) sowie einen Arbeitgeberbericht (Urk. 8/11) ein. Zudem zog sie Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) im Zusammenhang mit einem Unfallereignis vom 8. Juni 2005 (Urk. 8/16) sowie Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 8/13) bei. Des Weiteren veranlasste sie ein multidisziplinäres Gutachten beim Institut A. (A.), B., welches am 9. Februar 2009 erstattet wurde (A.-Gutachten, Urk. 8/21/2-20).

1.2. Mit Vorbescheid vom 25. März 2009 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Ausrichtung einer Viertelsrente ab Dezember 2007 in Aussicht (Urk. 8/28). Dagegen erhob der Versicherte am 27. April 2009 einen Einwand (Urk. 8/38), den er am 27. Mai 2009 ergänzend begründete (Urk. 8/49). Seinem Einwand legte er Akten im Zusammenhang mit weiteren in der Vergangenheit erlittenen Autounfällen (Urk. 8/41-48) bei, insbesondere jenem vom 20. Juni 1999, bei welchem die Schwester als Lenkerin verstarb, wobei der Beschwerdeführer als Beifahrer im Unfallwagen sass (vgl. Urk. 8/41/2). Am 26. Oktober 2009 nahmen die Ärzte des A. auf Aufforderung der IV-Stelle hin Stellung zu zwei vom Versicherten im Rahmen seines Einwands eingereichten Arztberichten (Urk. 8/42, Urk. 8/44), die ihnen im Zeitpunkt der Begutachtung noch nicht vorgelegen hatten (Urk. 8/51).

Mit Verfügungen vom 1. und 16. April 2010 sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Dezember 2007 eine Viertelsrente zu (Urk. 8/60, Urk. 8/62-63 = Urk. 2/1-3).

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin ging in den angefochtenen Verfügungen davon aus, dass der Beschwerdeführer seit 12. Dezember 2006 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt, ihm aber eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar sei. Gestützt darauf und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs vom Invalideneinkommen von 15 % ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 43 % (Urk. 2/1 Verfügungsteil 2 S. 1 unten).

2.2. Der Beschwerdeführer machte demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, das A.____-Gutachten, auf welches sich die Beschwerdegegnerin stütze, vermöge nicht zu überzeugen (S. 15 Ziff. 18). Den A.____-Gutachtern hätten im Begutachtungszeitpunkt nicht alle relevanten medizinischen Akten, insbesondere die SUVA-Akten im Zusammenhang mit den am 20. Juni 1999, am 10. Februar 2001 und am 8. Juni 2005 erlittenen Unfällen, vorgelegen (S. 9 f. Ziff. 8). Gestützt auf die Arztberichte, welche im Zusammenhang mit den drei Unfällen erstellt worden seien, müsse entgegen der Auffassung der Gutachter das Vorliegen eines Cervikalsyndroms beziehungsweise eines multiplen Beschwerdebildes nach Halswirbelsäulendistorsion (HWS-Distorsion) bejaht werden (S. 10 Ziff. 9). Zudem sei aufgrund von bereits im Jahr 2000 ärztlicherseits festgestellten neuropsychologischen Defiziten und aufgrund der von ihm beklagten Beschwerden eine neuropsychologische Abklärung zweifellos indiziert (S. 10 f. Ziff. 10). Dem Trauma von 1999 hätten die A.____-Gutachter sodann zu Unrecht keine Bedeutung beigemessen (S. 11 Ziff. 11). Nicht nachvollziehbar sei des Weiteren ihre Feststellung, wonach weder eine mittelgradige depressive Episode noch eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegen (S. 11 f. Ziff. 12). Auch stehe ihre Behauptung, wonach in der Vergangenheit nie eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, im Widerspruch zu den echtzeitlichen Einschätzungen und werde durch mehrere Fachärzte widerlegt (S. 12 Ziff. 13). Im Zusammenhang mit der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung hätten sich die Gutachter sodann nicht sorgfältig mit den Foersterschen Kriterien auseinandergesetzt. Bei Anwendung dieser Kriterien müsse die Zumutbarkeit der Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzen zweifellos verneint werden. Wieso die Gutachter eine Zumutbarkeit im Umfang von 80 % bejaht und im Umfang von 20 % verneint hätten, sei nicht nachvollziehbar (S. 12 f. Ziff. 14). Des Weiteren sei seine Arbeitsfähigkeit auch wegen den Kopfschmerzen in zeitlicher und qualitativer Hinsicht eingeschränkt. Allein die durch das Kopfweh verursachte Arbeitsunfähigkeit sei auf mindestens 50 % einzuschätzen (S. 14 Ziff. 17). Unter Berufung auf das Rechtsgutachten von Prof. Dr. Jörg Paul Müller vom 11. Februar 2010 rügte der Beschwerdeführer sodann, das A.____ sei parteiisch und befangen, weshalb allein deshalb schon nicht auf das A.____-Gutachten abgestellt werden könne (S. 15 Ziff. 18). Schliesslich machte der Beschwerdeführer geltend, der leidensbedingte Abzug sei auf 25 % festzulegen (S. 15 Ziff. 19).

2.3. Streitig und zu prägen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit und dem Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers verhält.

E. 3

3.1. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

3.2. Am 19. Mai 2008 erstatteten die Ärzte des Zentrums C.____ (C.____) einen Bericht (Urk. 8/14/7-13) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), bestehend seit mindestens 2006
- posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), bestehend seit 2000
- organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma mit leichter kognitiver Störung (ICD-10 F07.2)

- somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), bestehend seit 2006

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie führten aus, den Beschwerdeführer erstmals vom 27. März bis 22. Juni 2000 behandelt zu haben, nachdem er 1999 bei einem schweren Verkehrsunfall, bei dem seine Schwester ums Leben gekommen sei, ein Schädel-Hirntrauma erlitten habe und sich in der Folge typische Alpträume, starke Vergesslichkeit, Konzentrations- und ausgeprägte Schlafstörungen sowie eine enorme Tagesmüdigkeit entwickelt hätten. Die Behandlung sei mit zwei Antidepressiva zur Schlafregulierung erfolgt. Vom 25. Juli bis 2. September 2005 habe der Beschwerdeführer erneut in ihrer Behandlung gestanden, nachdem er eine zunehmend depressive Stimmungslage entwickelt, sich antriebslos und chronisch müde gefühlt habe. Unter Umstellung der antidepressiven Medikation habe sich damals eine gewisse Stabilisierung eingestellt (S. 2 unten, S. 3 oben). Bis dahin habe beim Beschwerdeführer immer eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden. Im Oktober 2006 habe der Hausarzt des Beschwerdeführers diesen erneut im C.____ zur Behandlung angemeldet, da sich die Situation nicht verbessert habe und zur bisherigen Symptomatik ein hartnäckiges Kopfschmerzsyndrom hinzugekommen sei, das sich zum Teil migräneartig äußere. Seit diesem Zeitpunkt behandelten sie den Beschwerdeführer regelmäßig ambulant. Diagnostiziert worden seien eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom sowie das bekannte organische Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma mit leichter kognitiver Störung sowie die posttraumatische Belastungsstörung. Es sei erneut eine medikamentöse Behandlung aufgenommen worden, jedoch sei es auch darunter zu einer weiteren Verschlechterung des Zustandsbildes gekommen. Im Januar 2007 habe der Hausarzt den Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (S. 3 oben). Weder die regelmäßigen Gespräche im C.____, noch eine Umstellung der antidepressiven Medikation, noch die Teilnahme an einer hausinternen Depressionsgruppe, die der Beschwerdeführer wegen völliger Überforderung abgebrochen habe, hätten Erfolg gezeigt (S. 3 Mitte). Am 14. November 2007 sei der Beschwerdeführer stationär in die Privatklinik D.____ in E.____ eingetreten, habe die Behandlung am 26. November 2007 aber vorzeitig abgebrochen (vgl. Bericht Privatklinik D.____ vom 14. Dezember 2007, Urk. 8/21/21-24). Seither werde er im C.____ ambulant weiterbetreut. Leider habe sich auch unter einer neuen, stark antriebssteigernden Medikation keinerlei Verbesserung der Symptomatik gezeigt. Auch heute noch leide der Beschwerdeführer unter einer dauernden Müdigkeit, sei stark verlangsamt, mimisch starr, nicht auslenkbar. Es bestehe ein ausgeprägtes Morgentief sowie eine Antriebshemmung, die Stimmung sei stark gedrückt. Weiterhin leide der Beschwerdeführer unter chronischen Schmerzen (S. 3 unten). Aktuell entstehe der Eindruck einer therapieresistenten Depression. Die Prognose scheine eher ungünstig (S. 4 Ziff. 3.7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Seit der Krankschreibung durch seinen Hausarzt im Januar 2007 habe die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht gesteigert werden können. In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schichtleiter in der Kunststoffproduktion sei er nach wie vor voll arbeitsunfähig. Aufgrund der Schwere der Erkrankung und des sich unter verschiedenen Therapien nicht verändernden schlechten Zustandsbildes sei auch auf längere Sicht nicht mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen (S. 1 Mitte, S. 2 Ziff. 2).

3.3 Ä Ä Ä Ä Dr. med. F.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, erstattete am 15. März 2007 ein Gutachten im Auftrag des Krankentaggeldversicherers

(Urk. 8/13/20-28). Er nannte folgende Diagnosen (S. 7 Mitte):

- generalisiertes Schmerzsyndrom
- ohne organisches Substrat
- Verdacht auf somatoforme Störung
- Migräne anamnestisch
- depressive Entwicklung anamnestisch

Er führte aus, es liessen sich keine relevanten pathologischen Befunde objektivieren (S. 7 oben). Das aktuelle Beschwerdebild finde kein entsprechendes somatisches Korrelat, so dass er dringend eine somatoforme Störung vermuten müsse, eine Diagnose, die jedoch nur vom psychiatrischen Facharzt gestellt werden dürfe (S. 7 Mitte). Objektiv gesehen sei der Beschwerdeführer von Seiten seines Bewegungsapparates her absolut gesund (S. 7 unten). Eine Arbeitsunfähigkeit lasse sich aus rheumatologischer Sicht nur vorübergehend rechtfertigen, um dem Beschwerdeführer den Einstieg in die Erwerbstätigkeit wieder zu erleichtern (S. 8 Ziff. 5).

Dr. med. G.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstattete am 17. Mai 2007 ein Gutachten im Auftrag des Krankentaggeldversicherers (Urk. 8/13/13-19). Er nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 4.1):

- schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) sehr wahrscheinlich
- Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) sehr wahrscheinlich
- Differentialdiagnose (DD): schwere psychische (psychotische) Fehlentwicklung
- DD: unspezifische Angstentwicklung mit funktionellen Symptomen
- in der klinischen Untersuchung imponierende Pseudodemenz

Er führte aus, er könne nur eine Differentialdiagnose stellen, da die Biographieerhebung und die Prüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit nicht adäquat möglich gewesen sei (S. 5 Ziff. 4). Zum Zeitpunkt der Untersuchung bestehe ein schwerst gehemmtes, depressives Syndrom unklarer Ätiologie mit einer in der klinischen Untersuchung imponierenden Pseudodemenz. Der Beschwerdeführer sei kognitiv dermassen beeinträchtigt, dass er über einige Dinge überhaupt nicht richtig berichten könne, nicht weil er nicht genügend Deutsch könne. Die Denkleistungsfähigkeit sei intakt. Er sei jedoch in seiner Antwortgebung dermassen verzögert, verlangsamt und umständlich, dass dies vermutlich der Depression zugeordnet werden müsse. Er zeige auch in seiner Mimik, seinen Emotionen und in seinen Affekten überhaupt keine Regungen mehr und sei vor allem ratlos und stumm, beinahe pseudoautistisch. Er zeige nicht einmal mehr eine Affektlabilität, weil er Gefühle gar nicht mehr zulassen könne, auch keine Verzweiflung (S. 6 unten). Er sei überzeugt, dass der Beschwerdeführer dringend in eine psychiatrische Klinik gehen müsse. Nur unter stationären Bedingungen seien eine adäquate Abklärung, eine adäquate Therapie und eine adäquate Begleitung möglich (S. 7 oben). Das Ausmass der gezeigten Psychopathologie und das klinische Funktionieren des Beschwerdeführers sei völlig auffällig und deute auf eine schwere psychiatrische Erkrankung hin. Es handle sich nicht nur um eine

Schmerzfehlverarbeitung (S. 7 Ziff. 9).

Der Beschwerdeführer sei in jeder Tätigkeit vollschichtig arbeitsunfähig. Es sei nicht damit zu rechnen, dass die Arbeitsfähigkeit in den nächsten Monaten bessere (S. 7 Ziff. 6).

Der (neue, vgl. Urk. 8/1/7 Ziff. 6.5) Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. H. ____, praktischer Arzt, nannte in seinem Bericht vom 18. Juni 2008 (Urk. 8/15/2-5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- unsystematische Schwindelsymptomatik, Differentialdiagnose orthostatisch bedingt, kein Anhalt auf peripher- oder zentralvestibuläre Symptomatik
- anamnestisch bekannte Migräne
- Status nach Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS) 2001 und 2005
- Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- anamnestisch depressive Episode

Er führte aus, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht beurteilen zu können. Der Beschwerdeführer sei seit etwa zwei Jahren arbeitsunfähig und krank geschrieben (Ziff. 2).

Am 9. Februar 2009 erstatteten Dr. med. I. ____, internistische/allgemeinmedizinische Fallführung, Dr. med. J. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. K. ____, FMH Neurologie, A. ____, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (A. __-Gutachten, Urk. 8/21/2-20).

Sie stützten sich auf die zur Verfügung gestellten Akten (S. 2 ff. Ziff. 2), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 5 f. Ziff. 3.2, S. 7 ff. Ziff. 4.1.1.2, S. 12 ff. Ziff. 4.2.1.2) sowie die von ihnen am 26. Januar 2009 durchgeführte internistische/allgemeinmedizinische (S. 5 ff. Ziff. 3), psychiatrische (S. 7 ff. Ziff. 4.1) und neurologische (S. 12 ff. Ziff. 4.2) Untersuchung.

Die A. __-Gutachter nannten folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17 Ziff. 5.1):

- Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2)
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- multilokuläres Schmerzsyndrom ohne organisches Korrelat (ICD-10 F45.4)
- chronische Kopfschmerzen
- aktuell Analgetika-induziert; ursprünglich Migräne ohne Aura

Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachteten die A. __-Gutachter folgende Diagnosen (S. 17 Ziff. 5.2):

- Status nach mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F32.1)
- Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)
- Status nach Autounfall mit fraglicher Commotio cerebri/milder traumatischer Hirnschädigung 1999

- Status nach zwei Unfällen (Heck- resepektive Frontalkollision) mit HWS-Distorsionstraumen, einmal unklaren Datums und einmal am 8. Juni 2005

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie fÄ¼hrten aus, der BeschwerdefÄ¼hrer beklage Kopf- und Nackenschmerzen, ferner auch Schmerzen eigentlich Ä¼berall. Er fÄ¼hre dies auf den Unfall von 1999 zurÄ¼ck. Im Rahmen der ausgedehnten neurologischen Untersuchung hÄ¼tten beim BeschwerdefÄ¼hrer, entgegen den subjektiven Beschwerden, praktisch keine Befunde objektiviert werden kÄ¼nnen. Es kÄ¼nnten beschreibend chronische Kopfschmerzen festgestellt werden, welche aktuell Analgetika-induziert anzunehmen und ursprÄ¼nglich einer MigrÄ¼ne ohne Aura zuzuordnen seien. Ferner kÄ¼nne ein multilokulÄ¼res Schmerzsyndrom ohne organisches Korrelat festgestellt werden. Eine relevante Pathologie im Bereich der HWS sei nicht feststellbar. Aus neurologischer Sicht sei die ArbeitsfÄ¼higkeit des BeschwerdefÄ¼hrers lediglich qualitativ fÄ¼r gewisse TÄ¼tigkeiten eingeschrÄ¼nkt, indem aufgrund der Kopfschmerzproblematik TÄ¼tigkeiten in lauten RÄ¼umen vermieden werden sollten (S. 17 f. Ziff. 6.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus internistischer und anderweitiger somatischer Sicht bestÄ¼nden keine Befunde und Diagnosen, welche die ArbeitsfÄ¼higkeit einschrÄ¼nkten (S. 18 Ziff. 6.2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrischer Sicht kÄ¼nne beim BeschwerdefÄ¼hrer die Diagnose Angst und depressive StÄ¼rung gemischt festgestellt werden, dies neben einer anhaltenden somatoformen SchmerzstÄ¼rung. Eine mittelgradige depressive Episode und eine posttraumatische BelastungsstÄ¼rung seien nachweislich nicht mehr vorhanden. Aus psychiatrischer Sicht resultiere aufgrund dieser Diagnosen nur eine geringgradige EinschrÄ¼nkung der ArbeitsfÄ¼higkeit. Die Hauptproblematik beim BeschwerdefÄ¼hrer, die schwere Regression, die frÄ¼her wahrscheinlich mit einem erheblichen depressiven Geschehen verwechselt worden sei, schrÄ¼nke die ArbeitsfÄ¼higkeit nicht ein (S. 18 Ziff. 6.2 Mitte)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend resultiere aus polydisziplinÄ¼rer Sicht, dass beim BeschwerdefÄ¼hrer fÄ¼r jegliche TÄ¼tigkeiten, die nicht in lauter Umgebung stattfÄ¼nden, eine vollschichtige ArbeitsfÄ¼higkeit bestehe, mit einem leicht verminderten Rendement aus psychiatrischer Sicht im Sinne einer 80%igen Arbeits- und LeistungsfÄ¼higkeit (S. 18 Ziff. 6.2). Aus somatischer Sicht habe nie eine relevante EinschrÄ¼nkung der ArbeitsfÄ¼higkeit bestanden. Aus psychiatrischer Sicht sei die ArbeitsfÄ¼higkeit retrospektiv nie lÄ¼ngerfristig und hÄ¼hergradig eingeschrÄ¼nkt gewesen, als aktuell festgestellt worden sei (S. 18 Ziff. 6.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der BeschwerdefÄ¼hrer halte sich fÄ¼r vÄ¼llig arbeitsunfÄ¼hig, was aufgrund der objektivierbaren Befunde weder somatisch noch psychiatrisch nachvollzogen werden kÄ¼nne. Insbesondere sei ihm aus psychiatrischer Sicht die Willensanstrengung zumutbar, bei fehlendem primÄ¼rem Krankheitsgewinn und weitgehend intakten Ich-Funktionen die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um vollschichtig einer ErwerbstÄ¼tigkeit nachzugehen. Im Rahmen der somatoformen SchmerzstÄ¼rung bestehe eine ausgeprÄ¼gte Selbstlimitierung, die jedoch vor allem mit einer Regression zusammenhÄ¼nge, welche die ArbeitsfÄ¼higkeit nicht einschrÄ¼nke (S. 18 Ziff. 6.4).

3.7 Ä Ä Ä Ä In ihrem Nachtrag vom 26. Oktober 2009 (Urk. 8/51) nahmen die A.____-Gutachter Dr. K.____ und Dr. med. L.____, Ä¼rztliche Leitung, Stellung zu zwei Berichten von Dr. med. M.____, Neurologie FMH, vom 24. Februar und vom 10. MÄ¼rz

2000 (Urk. 8/42, Urk. 8/44). Sie fÄ¼hrten aus, diese Berichte bestÄ¼tigten vollumfÄ¼nglich ihre neurologische Beurteilung, indem sie bei Status nach Autounfall eine fragliche Commotio cerebri/milde traumatische HirnschÄ¼digung festgestellt hÄ¼tten. Die mÄ¼gliche kurze GedÄ¼chtnislÄ¼cke, die auch in den aktuellen anamnestischen Angaben berÄ¼cksichtigt worden sei, bestÄ¼tige sich in den Berichten von Dr. M.____. Dadurch lasse sich auch voll auf die Beurteilung in Abschnitt 4.2.4 des neurologischen Teilgutachtens (vgl. Urk. 8/21/16 f.) abstÄ¼tzen, indem aufgrund der kurz dauernden Amnesie davon auszugehen sei, dass sich allfÄ¼llige hirnorganische/traumatisch bedingte Defizite spÄ¼testens im Zeitraum eines Jahres zurÄ¼ckgebildet hÄ¼tten, besonders im noch jungen Alter des BeschwerdefÄ¼hrers (S. 1 Mitte). Mangels einer organischen SchÄ¼digung sei auch keine Indikation fÄ¼r eine neuropsychologische Untersuchung gegeben (S. 1 unten).

E. 4

4.1Ä¼Ä¼Ä¼ Das A.____-Gutachten vom 9. Februar 2009 (E. 3.6) ist fÄ¼r die streitigen Belange umfassend, nimmt es doch aus interdisziplinÄ¼rer Sicht differenziert Stellung zum Gesundheitszustand und zur ArbeitsfÄ¼higkeit des BeschwerdefÄ¼hrers. Es beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, insbesondere einer je fachbezogen erhobenen Anamnese und einer grÄ¼ndlichen klinischen AbklÄ¼rung respektive psychiatrischen Exploration. Es berÄ¼cksichtigt die medizinischen Vorakten und setzt sich eingehend mit den vom BeschwerdefÄ¼hrer geklagten Beschwerden auseinander. Das Gutachten leuchtet schliesslich in der Darlegung der medizinischen ZusammenhÄ¼nge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die gezogenen Schlussfolgerungen sind begrÄ¼ndet, weshalb es die von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung verlangten Anforderungen an eine beweiswertige Expertise (E. 1.4) erfÄ¼llt. Zur Entscheidungsfindung kann daher grundsÄ¼tzlich darauf abgestellt werden.

4.2Ä¼Ä¼Ä¼ Die klinisch-neurologische Untersuchung durch den am A.____-Gutachten beteiligten Neurologen, Dr. K.____, ergab einen unauffÄ¼lligen Befund (Urk. 8/21/17 oben). Im Bereich des RÄ¼ckens konnte Dr. K.____ weder relevante EinschrÄ¼nkungen der Beweglichkeit noch Verspannungen der Muskulatur erheben. AnlÄ¼sslich der Untersuchung gab der BeschwerdefÄ¼hrer auch keine Dolenzen an. Die konventionellen RÄ¼ntgenaufnahmen der HWS zeigten keinen pathologischen Befund (Urk. 8/21/15 unten, Urk. 8/21/16 Mitte). Sodann fanden sich keine Anhaltspunkte fÄ¼r eine radikalÄ¼re Reiz- oder Ausfallsymptomatik als allfÄ¼llige ErklÄ¼rung fÄ¼r die vom BeschwerdefÄ¼hrer geklagten ExtremitÄ¼tenbeschwerden. Auch die Kopfschmerzen konnte Dr. K.____ nicht objektivieren (Urk. 8/21/17 oben). Mit Blick auf den unauffÄ¼lligen Befund im Bereich der HWS des BeschwerdefÄ¼hrers gelangte er in nachvollziehbar begrÄ¼ндeter Weise zum Schluss, dass diese mangels Nachweises eines Zervikalsyndroms nicht als zervikogen bedingt interpretiert werden kÄ¼nnen. Unter WÄ¼rdigung der gesamten UmstÄ¼nde und der zu erhebenden Befunde legte er schliesslich schlÄ¼ssig dar, dass die Kopfschmerzen des BeschwerdefÄ¼hrers als Analgetika-induziert zu beurteilen sind, es sich bei der zugrunde liegenden Kopfwehform aber um eine MigrÄ¼ne ohne Aura handelt (Urk. 8/21/16 oben, Urk. 8/21/17 oben).

Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Die Schlussfolgerung durch Dr. K.____, wonach dem BeschwerdefÄ¼hrer aufgrund der Kopfschmerzproblematik TÄ¼tigkeiten in lauten RÄ¼umen nicht zumutbar seien, eine prinzipielle ArbeitsunfÄ¼higkeit aber nicht abgeleitet werden kÄ¼nne (Urk. 8/21/17 Ziff. 4.2.5), vermag zu Ä¼berzeugen. Dies vor allem mit

Blick darauf, dass die Kopfschmerzen des Beschwerdeführers derzeit als durch die Schmerzmittelinnahme bedingt zu erachten sind und davon auszugehen ist, dass mittels Medikamenten-Entzug eine Verbesserung der Situation erzielt beziehungsweise mit wirksamen Basis-Therapien begonnen werden kann (vgl. Urk. 8/21/17 Ziff. 4.2.7).

Somit ist festzuhalten, dass der Kopfschmerzproblematik des Beschwerdeführers im Rahmen der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch die A.____-Gutachter angemessen Rechnung getragen wurde. Eine kopfschmerzbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 %, wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht, lässt sich nicht begründen.

4.3 Der Umstand, dass den A.____-Gutachtern die SUVA-Akten im Zusammenhang mit den Unfällen vom 20. Juni 1999, vom 10. Februar 2001 und vom 8. Juni 2005 nicht vorlagen, ist dem Beweiswert des Gutachtens nicht abträglich.

Zunächst ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Anamneseerhebung durch die A.____-Gutachter Angaben zum Hergang der drei Unfälle, zu den erlittenen Verletzungen beziehungsweise der in der Folge aufgetretenen Beschwerden und zu den eingeleiteten medizinischen Massnahmen machte (Urk. 8/21/9 unten, Urk. 8/21/10 oben, Urk. 8/21/13 f. Ziff. 4.2.1.2 am Anfang). Sodann konnten die Gutachter auch aus verschiedenen medizinischen Vorakten Informationen zu den besagten Unfallereignissen entnehmen (vgl. Urk. 8/21/13 Ziff. 4.2.1.1).

Dr. K.____ legte im Rahmen seiner neurologischen Beurteilung in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise dar, dass aufgrund der vom Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom Juni 1999 geschilderten Gedächtnislücke ab dem Überschlagen des Autos bis zum Verlassen desselben prinzipiell die Diagnose einer milden traumatischen Hirnschädigung stellbar ist, aufgrund der Kürze und der Dauer dieser Amnesie aber davon auszugehen ist, dass sich allfällige hirnganisch-traumatisch bedingte Defizite spätestens im Zeitraum eines Jahres zurückgebildet haben, gerade im noch jungen Alter des Beschwerdeführers. Gegen eine relevante Schädel-Hirnverletzung sprechend beurteilte er auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer seinen Angaben zufolge offenbar von der erstbehandelnden Klinik nur kurz ambulant behandelt und nicht zur Überwachung hospitalisiert worden war. Dr. K.____ vertrat des Weiteren die plausible Auffassung, dass die gewissen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom Juni 1999 bestehenden Unsicherheiten von geringer Relevanz sind, da der Beschwerdeführer danach wieder zu 100 % arbeitsfähig war (Urk. 8/21/16 unten, Urk. 8/21/17 oben). Was die zwei weiteren Unfallereignisse vom Februar 2001 und Juni 2005 anbelangt, so stellte Dr. K.____ stattgehabte HWS-Distorsionen nicht in Frage, merkte aber an, dass bei diesen Unfällen weder eine Bewusstlosigkeit noch eine Gedächtnislücke bestand (Urk. 8/21/17 oben). Gegenteiliges lässt sich denn auch den vom Beschwerdeführer nachgereichten Arztzeugnissen des nach den Unfällen erstbehandelnden Hausarztes nicht entnehmen (Urk. 3/11-12). Zudem konnte der Beschwerdeführer eigenen Angaben zufolge nach dem Unfall vom Februar 2001 nach etwa zwei und nach dem Unfall vom Juni 2005 nach etwa drei Wochen die Arbeit wieder aufnehmen (Urk. 8/21/10 oben).

Gestützt auf die überzeugende medizinische Einschätzung durch Dr. K.____ sowie mit Blick darauf, dass die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung einen unauffälligen Befund, insbesondere auch im Bereich der HWS, ergab (vgl.

vorstehend E. 4.2), ist nicht davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich der in den Jahren 1999, 2001 und 2005 erlittenen Unfällen Verletzungen zuzog, welche sich heute noch auf seine Arbeitsfähigkeit auswirken.

4.4. Dr. med. M. ____, Neurologie FMH, hatte in ihrem Bericht vom 24. Februar 2000, mithin rund acht Monate nach dem Unfallereignis vom Juni 1999, zwar ausgeführt (Urk. 8/42), die neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers habe eine leichte Lern- und Gedächtnisstörung sowohl für verbales als auch für figurales Material ergeben und im Elektroenzephalogramm (EEG) habe sich eine leichte links-temporale Abnormität gezeigt, dies bei unauffälligem Neurostatus (S. 2 unten). Dieser Bericht steht indes nicht im Widerspruch zur Beurteilung durch Dr. K. ____, im A. ____, -Gutachten. Wie Dr. M. ____, die ein anlässlich des Unfalles vom Juni 1999 erlittenes leichtes Schädelhirntrauma als sehr wahrscheinlich erachtete (Urk. 8/42 S. 2 unten), schloss auch Dr. K. ____, eine erlittene milde traumatische Hinschädigung nicht aus. Allerdings legte er in nachvollziehbarer Weise dar, dass sich allfällige dadurch erlittene hirnganisch-traumatische Defizite beim damals erst rund 20-jährigen Beschwerdeführer spätestens nach einem Jahr zurückgebildet haben. Dies vermag nicht zuletzt mit Blick darauf zu überzeugen, dass der Beschwerdeführer im August 2000, mithin etwas mehr als ein Jahr nach dem Unfallereignis vom Juni 1999, seine Lehrabschlussprüfung erfolgreich bestanden hat (Urk. 8/2/1) und von Oktober 2003 bis zu seinem letzten Arbeitstag am 8. Dezember 2006 bei der Y. ____, AG als Schichtführer/Maschinist einer Tätigkeit nachzugehen vermochte, welche nach Angaben der Arbeitgeberin grosse Anforderungen an die Konzentration und Aufmerksamkeit, das Durchhaltevermögen sowie die Sorgfalt und mittlere Anforderungen an das Auffassungsvermögen stellte (Urk. 8/11/2 Ziff. 2.1 und Ziff. 2.3, Urk. 8/11/7 unten).

4.5. Nach Einsicht in die Berichte von Dr. M. ____, aus dem Jahr 2000 (Urk. 8/42, Urk. 8/44) hielt auch Dr. K. ____, in seinem Nachtrag vom 26. Oktober 2009 in schlüssig begründeter Weise fest, dass diese nichts an seiner im A. ____, -Gutachten abgegebenen neurologischen Beurteilung ändern, und dass auch in Kenntnis dieser Berichte nicht davon auszugehen ist, dass beim Beschwerdeführer eine organische Schädigung vorliegt. Nachvollziehbar und überzeugend ist vor diesem Hintergrund seine Einschätzung, wonach beim Beschwerdeführer keine Indikation für eine neuropsychologische Untersuchung besteht (Urk. 8/51).

Somit ist festzuhalten, dass in der Beurteilung der A. ____, -Gutachter sämtliche relevanten (medizinischen) Vorakten Berücksichtigung fanden und insbesondere auch den in den Jahren 1999, 2001 und 2005 erlittenen Unfällen angemessen Rechnung getragen wurde. Von weitergehenden Abklärungen, insbesondere der beschwerdeweise beantragten neuropsychologischen Untersuchung, ist daher abzusehen.

4.6. Das A. ____, -Gutachten vermag auch in Bezug auf die psychiatrischen Diagnosen zu überzeugen. Der am A. ____, -Gutachten beteiligte Psychiater, Dr. J. ____, schilderte nachvollziehbar begründet, dass das Ausmass der vom Beschwerdeführer geklagten körperlichen Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht objektiviert werden können, und dass deshalb eine psychische Überlagerung angenommen werden muss, die vor dem Hintergrund des tödlichen Unfalls der Schwester und dem Tod der Mutter des

Beschwerdeführers zu sehen ist. Dr. J. ___ diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 8/21/10). Davon ist auszugehen.

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers legte Dr. J. ___ im Rahmen seiner psychiatrischen Beurteilung anhand der Angaben des Beschwerdeführers (Urk. 8/21/9) sowie der durch ihn erhobenen psychopathologischen Befunde (Urk. 8/21/10 Ziff. 4.1.2) sodann auch in schlüssiger Weise dar, dass im Untersuchungszeitpunkt weder ein ausgeprägtes depressives Leiden noch eine posttraumatische Belastungsstörung vorlagen (Urk. 8/21/10 unten, Urk. 8/21/11 Mitte).

Dass der Beschwerdeführer auf das tragische Unfallereignis vom Juni 1999, bei welchem er seine Schwester verlor, mit einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Schlafstörungen und Alpträumen reagierte, wird nicht in Abrede gestellt. Davon ging auch Dr. J. ___ aus (Urk. 8/21/10 unten). Wie der Beschwerdeführer selber aussagte, haben sich diese Symptome im Laufe der Zeit jedoch zurückgebildet (Urk. 8/21/9 unten). Zudem gelang es ihm bereits im August 2000, erfolgreich seine Lehrabschlussprüfung zu absolvieren (Urk. 8/2/1), und war er in der Folge bis zu seiner Krankschreibung im Dezember 2006 (Urk. 8/11/2 Ziff. 2.2-3) im Arbeitsmarkt eingegliedert (vgl. Urk. 8/21/9 unten, Urk. 8/21/10 oben). Bei seiner letzten Arbeitgeberin, der Y. ___ AG, vermochte der Beschwerdeführer als Schichtführer während rund drei Jahren gar Tätigkeiten auszuüben, welche den Angaben der Arbeitgeberin zufolge erhöhte Anforderungen an die geistigen Fähigkeiten stellten (Urk. 8/11/7 unten). Vor dem Hintergrund dieses Verlaufs überzeugt es nicht, dass der Beschwerdeführer heute noch unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden soll. Vielmehr ist gestützt auf die Einschätzung durch Dr. J. ___ davon auszugehen, dass eine solche heute nicht mehr vorliegt (Urk. 8/21/13 oben).

Nebst den vom Beschwerdeführer geschilderten Ängsten konnte Dr. J. ___ nur leichte depressive Verstimmungen feststellen. Den sozialen Rückzug des Beschwerdeführers stufte er lediglich als leicht ein. Eine eigentliche Suizidalität verneinte er und die vom Beschwerdeführer geklagten Konzentrationsstörungen konnte er in der Untersuchung nicht objektivieren (Urk. 8/21/11 Mitte). Dr. J. ___ legte in nachvollziehbar begründeter Weise dar, dass beim Beschwerdeführer nebst der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung einzig eine ängstlich-depressive Störung diagnostiziert werden kann (Urk. 8/21/13 oben) und dass im Vordergrund eine schwere Regression steht, welche seine Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt (Urk. 8/21/11 unten).

4.7 Somit ergibt sich, dass gestützt auf die überzeugende medizinische Beurteilung durch die A. ___-Gutachter davon auszugehen ist, dass beim Beschwerdeführer im Untersuchungszeitpunkt in diagnostischer Hinsicht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie Angst und depressive Störung gemischt vorlagen.

4.8 Was die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers anbelangt, so legte Dr. J. ___ in begründeter Weise dar, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bedingt durch die ängstlich-depressive Störung und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung eingeschränkt ist, dies aber lediglich im Umfang von 20 %, da es dem Beschwerdeführer zumutbar ist, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um zu 80 % einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (Urk. 8/21/12 Ziff. 4.1.5).

Î Î Î Î Î Î Î Î Insgesamt ist die von den A.____-Gutachtern gezogene polydisziplinäre Schlussfolgerung, wonach beim Beschwerdeführer für jegliche Tätigkeiten, die nicht in lauter Umgebung stattfinden, eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einem leicht verminderten Rendement aus psychiatrischer Sicht im Sinne einer 80%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht (E. 3.6), nachvollziehbar und schlüssig, sodass darauf abgestellt werden kann.

E. 5

5.1 Î Î Î Î Î Î Î Î Festzuhalten ist, dass die beim Beschwerdeführer fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht als solche noch keine Invalidität zu begründen vermag. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen. Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen). Diese von der Rechtsprechung entwickelten sogenannten Foerster Kriterien sind vom Rechtsanwender zu prüfen, weshalb der Einwand des Beschwerdeführers, wonach sich die Gutachter nicht ausreichend mit diesen auseinandergesetzt hätten, einer Grundlage entbehrt.

5.2 Î Î Î Î Eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ist vorliegend zu verneinen, genügt doch die beim Beschwerdeführer diagnostizierte Angst und depressive Störung gemischt rechtsprechungsgemäss zur Annahme einer solchen nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_109/2008 vom 3. Oktober 2008 E. 9.2.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit bleiben Intensität und Konstanz der alternativ zum Zuge kommenden weiteren praxisgemässen Kriterien zu prüfen.

5.3 Ä Ä Ä Ä Eine chronische körperliche Begleiterkrankung liegt beim Beschwerdeführer nicht vor. Im seinem Bericht vom März 2007 (E. 3.3) hielt Dr. F. ___ fest, dass der Beschwerdeführer von Seiten des Bewegungsapparates her absolut gesund ist, und im Rahmen der A. ___-Begutachtung konnten weder in der internistisch/allgemeinmedizinischen noch in der neurologischen Untersuchung Pathologien objektiviert werden (E. 3.6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer im familiären Bereich soziale Kontakte pflegt. So begleitet er seine Ehefrau beim Einkaufen, geht mit den Kindern spazieren und besucht mit ihnen Spielplätze. Alle zwei Wochen haben er und seine Familie auch Kontakt zum Bruder des Beschwerdeführers und dessen Familie. Alle ein bis zwei Monate trifft sich der Beschwerdeführer zudem mit Kollegen, wobei sie sich gegenseitig besuchen und gelegentlich auch ein Restaurant aufsuchen (Urk. 8/21/7 oben, Urk. 8/21/9 oben). Vor diesem Hintergrund kann nicht von einem sozialen Rückzug des Beschwerdeführers in allen Belangen des Lebens gesprochen werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ein primärer Krankheitsgewinn im Sinne eines verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Konflikts ist beim Beschwerdeführer nicht erkennbar. Ein solcher wurde auch von den A. ___-Gutachtern verneint (Urk. 8/21/12 Ziff. 4.1.5, Urk. 8/21/19 Ziff. 6.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die vom Beschwerdeführer durchgeführten Behandlungen beschränken sich darauf, dass er seit Oktober 2006 alle zwei bis drei Wochen zu einer psychiatrischen Gesprächstherapie im C. ___ geht (Urk. 8/21/7 Ziff. 3.2.3 und vorstehend E. 3.2). Die erste und einzige stationäre Behandlung in der Privatklinik D. ___ im November 2007 brach der Beschwerdeführer nach nur zwölf Tagen ab, indem er von einem Wochenendurlaub nicht mehr in die Klinik zurückkehrte (Urk. 8/21/24 oben und vorstehend E. 3.2). Damit ist auch das Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung nicht gegeben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu bejahen ist das Kriterium eines mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufs mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, besteht doch die somatoforme Schmerzstörung gemäss den behandelnden Ärzten des C. ___ bereits seit 2006 (E. 3.2) und ist den medizinischen Akten nicht zu entnehmen, dass seither eine Besserung eingetreten wäre.

5.4 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ergibt sich, dass einzig das Kriterium eines mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufs erfüllt ist. Damit ist es dem Beschwerdeführer aber als zumutbar zu erachten, seine Schmerzen im fachpsychiatrisch festgelegten Umfang von 80 % (vorstehend E. 4.8) willentlich zu überwinden. Eine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung lässt sich nicht begründen.

E. 6

6.1 Ä Ä Ä Ä Nicht zu überzeugen vermag demgegenüber die Beurteilung der A. ___-Gutachter, wonach der Beschwerdeführer auch in der Vergangenheit nie mehr als 20 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen sein soll (Urk. 8/21/12 Ziff.

4.1.5, Urk. 8/21/19 Ziff. 6.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrem Bericht vom Mai 2008 (E. 3.2) nannten die den Beschwerdeführer seit Oktober 2006 wieder regelmässig ambulant behandelnden Ärzte des C. ___ nebst der auch von den A. ___-Gutachtern bestätigten Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung insbesondere eine schwere depressive Episode und attestierten dem Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schichtleiter in der Kunststoffproduktion seit Januar 2007 eine volle Arbeitsunfähigkeit. In seinem Bericht vom Mai 2007 (E. 3.4) erachtete auch Dr. G. ___ das Vorliegen einer Somatisierungsstörung sowie einer schweren depressiven Episode als sehr wahrscheinlich und attestierte dem Beschwerdeführer in jeder Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. Soweit der am A. ___-Gutachten beteiligte Psychiater, Dr. J. ___, ausführte, die in den früheren Berichten genannte Diagnose einer schweren depressiven Störung könne rückwirkend nicht bestätigt werden, da der Beschwerdeführer nie eine ausgeprägte Suizidalität aufgewiesen habe (Urk. 8/21/12 Ziff. 4.1.5 und Ziff. 4.1.7), kann dies nicht nachvollzogen werden, ist doch gemäss den klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, eine Suizidalität für das Vorliegen einer schweren depressiven Episode (F32.2) nicht zwingend erforderlich.

6.2 Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die Zeit vor der Begutachtung durch die A. ___-Gutachter im Januar 2009 ist den echtzeitlichen Berichten der Ärzte des C. ___ und von Dr. G. ___ höherer Beweiswert zuzuerkennen als der rückwirkend festgelegten medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit durch die A. ___-Gutachter (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts B 13/01 vom 5. Februar 2003 E. 4.2 und SVR 2005 BVG Nr. 5 S. 17 E. 5.2). Gestützt auf erstere ist davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Dezember 2007 (vgl. Urk. 8/25/7 Mitte) nebst der somatoformen Schmerzstörung ein schweres depressives Leiden vorlag und er vollumfänglich arbeitsunfähig war.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gestützt auf das A. ___-Gutachten ist indes spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung im Januar 2009 von einer Remission der Depressivität und damit von einem verbesserten Gesundheitszustand mit einer ausgewiesenen Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen.

E. 7

7.1 Ä Ä Ä Ä Nach Ablauf der Wartezeit im Dezember 2007 (vgl. Urk. 8/25/7 Mitte) bestand beim Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit, weshalb mit Wirkung ab 1. Dezember 2007 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung besteht.

7.2 Ä Ä Ä Ä Ab Januar 2009 ist von einem verbesserten Gesundheitszustand mit einer ausgewiesenen Arbeitsfähigkeit von 80 % und damit von einer revisionsrelevanten wesentlichen Änderung der tatsächlichen Verhältnisse auszugehen (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich (Urk. 2/1 Verfägungsteil 2 S. 1 unten) blieb beschwerdeweise im Wesentlichen zu Recht unbestritten. Für die Ermittlung des Valideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin zutreffenderweise auf das vom Beschwerdeführer zuletzt bei der Y. ___ AG erzielte Einkommen von Fr. 68'250.-- ab (vgl. Urk. 8/11/4 Ziff. 2.10). Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens rückte der Beschwerdeführer einzig den von der

Beschwerdegegnerin vorgenommenen Leidensabzug von 15 % als zu tief. Festzuhalten ist, dass der Beschwerdeführer dadurch, dass er gemäss medizinischer Beurteilung keine lärmexponierten Tätigkeiten verrichten kann, im Vergleich zu Hilfsarbeitern, welche für sämtliche Tätigkeiten voll leistungsfähig und entsprechend einsetzbar sind, eine gewisse lohnässige Benachteiligung erfährt. Der Umstand, dass ihm nur ein Teilzeitpensum zumutbar ist, dürfte sich demgegenüber mit Blick darauf, dass lediglich eine Einschränkung von 20 % besteht, nicht wesentlich lohnmindernd auswirken. Insgesamt trug die Beschwerdegegnerin den Einschränkungen des Beschwerdeführers durch Gewährung eines Abzugs von 15 % in grosszügiger Weise Rechnung. Ein höherer Abzug, namentlich der beantragte Maximalabzug von 25 %, ist offensichtlich nicht angezeigt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit kann für die Zeit ab der Begutachtung durch die A.---Gutachter im Januar 2009 von dem von der Beschwerdegegnerin ermittelten, eine Viertelsrente begründenden Invaliditätsgrad von 43 % ausgegangen werden.

7.3 Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeflussende Änderung 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 andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gestützt auf Art. 88a Abs. 1 IVV ist die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung der ganzen auf eine Viertelsrente zu Gunsten des Beschwerdeführers ab 1. Mai 2009 zu berücksichtigen.

7.4 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Dezember 2007 Anspruch auf eine ganze und mit Wirkung ab Mai 2009 Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In teilweiser Gutheissung der Beschwerde sind die angefochtenen Verfügungen der Beschwerdegegnerin daher entsprechend abzuändern.

E. 8

8.1 Ä Ä Ä Ä Ä Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Unter Würdigung der Umstände und beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die Prozessentschädigung auf Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Da der Teilerfolg des Beschwerdeführers als wesentlich bezeichnet werden kann, ist vorliegend von einer Kürzung der Prozessentschädigung Abstand zu nehmen.

8.2. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 900.-- als angemessen, die ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde werden die Verfügungen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 1. und 16. April 2010 insofern abgeändert, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Dezember 2007 Anspruch auf eine ganze und ab 1. Mai 2009 Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat.

2. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

3. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Bibiane Egg
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- AXA Stiftung Berufliche Vorsorge

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 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift 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).