

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00793 vom 29. Februar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-02-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00793

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00793 du 29 février 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00793 del 29 febbraio 2012

Erwägungen

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

2.2 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Bestimmungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

2.3 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 könnten (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.4.1 Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5).

3.1 Unter anfechtungs- und streitgegenständlichem Gesichtspunkt ist allein der Umstand, dass Umfang und allenfalls Dauer des Rentenanspruchs über den verfügungsweise geregelten Zeitraum hinweg variieren, belanglos. Denn wird gleichzeitig eine Rente zugesprochen und diese revisionsweise herauf- oder herabgesetzt oder aufgehoben, liegt ein zwar komplexes, im Wesentlichen jedoch einzig durch die Höhe der Leistung und die Anspruchsperioden definiertes Rechtsverhältnis vor. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die gerichtliche Überprüfbarkeit nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Dies gilt auch, wenn - wie hier (Urk. 2/1-2) - die Zusprechung der Leistung und deren Anpassung an inzwischen eingetretene veränderte Verhältnisse (z.B. aus technischen Gründen) in zwei oder mehreren separaten Verfügungen gleichen Datums angeordnet werden, da es für die gerichtliche Überprüfbarkeit keinen Unterschied machen kann, ob die IV-Stelle eine oder mehrere Verfügungen redigiert und eröffnet. Denn am Verfügungsinhalt ändert sich nichts (BGE 125 V 413 Erw. 2d mit Hinweisen, 131 V 164 E. 2).

2.1.1 Somit folgt aus dem Umstand, dass hier einzig die Befristung der halben Rente per 31. Dezember 2009 (respektive aufgrund des Zusatzes "mindestens" im Rechtsbegehren zusätzlich die Rentenhöhe ab dem 1. Juli 2009) angefochten wurde und strittig ist (Urk. 1 S. 2), keine Einschränkung des Anfechtungsgegenstands im Rechtsmittelverfahren in dem Sinne, dass die unbestritten gebliebene Bezugszeit von der Beurteilung ausgeklammert bliebe. Im Folgenden ist daher der Rentenanspruch bezüglich des gesamten, in den zwei Verfügungen vom 8. Juli 2010 betreffenden Zeitraum bis zu deren Erlasszeitpunkt (8. Juli 2010) zu beurteilen.

4.1.1.1

4.1 Aufgrund der einheitlichen medizinischen Aktenlage ist ausgewiesen, dass die nach dem Unfall vom 24. Juli 2006 aufgetretenen und persistierenden Beschwerden im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie die Kopfbeschwerden mit Schwindel und Konzentrationsstörungen (vgl. Bericht von Dr. med. J. ____, Facharzt für Neurologie, vom 4. August 2006, Urk. 13/11 S. 93 f.; Bericht der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des K. ____, vom 28. September 2006 über die Hospitalisation vom 12. bis 26. September 2006, Urk. 13/11 S. 63 ff.; Austrittsbericht der L. ____, vom 27. November 2006, Urk. 13/11 S. 10) im Verlauf nicht (mehr) hinlänglich objektivierbar waren. Insbesondere ergaben die bildgebenden und klinischen Untersuchungen kein organisches Substrat, welche die geklagten Beschwerden hätten erklären können (vgl. Computertomographien des Schädels, der HWS und LWS vom Unfalltag am 24. Juli 2006, Urk. 13/11 S. 80 f.; neurologischer Bericht von Dr. J. ____, vom 4. August 2006, Urk. 13/11 S. 93 ff.; Bericht des Kreisarztes der Suva, Dr. med. M. ____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, vom 15. August 2007, Urk. 13/11 S. 17 f.; Magnetresonanztomographien der LWS und der HWS vom 10. Juni 2009, Urk. 13/42 S. 1 und S. 3; Teilgutachten von Dr. med. N. ____, Spezialarzt für Orthopädie, im E. __-Gutachten vom 5. Juli 2009, Urk. 13/43 S. 7). Einzig die Beschwerden am linken Knie waren laut dem orthopädischen Gutachter Dr. N. ____, auf objektivierbare Befunde zurückzuführen. Und zwar stellte er diesbezüglich die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einer medialen Hinterhornläsion links und eine Chondromalazie Grad I des medialen Tibiaplateaus und Grad II des medialen Femurcondylus bei Status nach medialer Teilmeniskektomie im Mai 2007. Dadurch sei die Arbeitsfähigkeit während dreier Monate nach dem Unfall vom 24. Juli 2006 und nach der Arthroskopie vom 10. Mai 2007 je zu 100 % in der bisherigen Tätigkeit und zu 50 % in einer leidensangepassten, wechselbelastenden, körperlich leichten Tätigkeit eingeschränkt gewesen. Seit dem Zeitpunkt der Begutachtung (am 27. Mai 2009) sei die Arbeitsfähigkeit als Kurier bei voller Stundenpräsenz um 10 % eingeschränkt und körperlich schwere, kniebelastende Arbeiten seien nicht mehr vollumfänglich zumutbar. Gleichzeitig seien leidensangepasste, körperlich leichte, knieschonende Tätigkeiten zu 100 % zumutbar. Die von (ihm diagnostizierten) Cervicalgie und die Pseudolumboischialgie links seien mangels entsprechender objektivierbarer Befunde als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzustufen (Urk. 13/43 S. 7 ff.).

4.2 In psychischer Hinsicht stellten die Ärzte der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des K. ____, gemäss dem Bericht vom 28. September 2006 aufgrund des Ergebnisses des psychologischen Konsiliums vom 12. September 2006 die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung bei (differentialdiagnostisch) einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Kriegserlebnissen und einer ausgeprägten psychosozialen Belastungssituation (Urk. 13/11 S. 63). Das psychologische Konsilium habe ergeben, dass anamnestisch bis zum Unfall vom 24. Juli 2006 keine Belastung durch Kriegserlebnisse, sondern erst danach Träume und sich aufdrängende Bilder vor dem Einschlafen vom Unfallhergang und von Lagererlebnissen im V. ____, krieg sowie zudem Gereiztheit, innere Spannung und eine ängstlich passive Schmerzverarbeitung aufgetreten seien. Eine Beurteilung sei schwierig, da der Beschwerdeführer sich nur vage geäussert habe. Am ehesten komme eine Anpassungsstörung mit Sorgen, Anspannung und Ärger in Frage (Urk. 13/11 S. 65 f.). Im Verlauf entwickelte sich eine depressive Störung. Die Ärzte der L. ____, diagnostizierten aufgrund des psychosomatischen Konsiliums vom 3. Oktober 2006 eine Major Depression mit leichter depressiver Episode (ICD-10 F32.0). Auch wurden eine

gewisse posttraumatologische Symptomatik im Zusammenhang mit dem Unfall und den Kriegserlebnissen sowie eine psychosoziale Belastungssituation bei anhaltenden Schmerzen, finanzieller Belastung und Arbeitslosigkeit festgestellt und als ursächlich für die depressive Entwicklung beurteilt. Eine zusätzlich vorhandene erhöhte psychische Vulnerabilität begründe für sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, führe aber in Kombination mit der aktuellen Störung dazu, dass die berufliche Wiedereingliederung erschwert sei. Bei der sehr starken inneren Gespanntheit seien Kurzschlussreaktionen mit selbst- und fremdgefährlichem Verhalten nicht ganz ausgeschlossen. Die Arbeitsfähigkeit sei zirka zu 20 % eingeschränkt (Austrittsbericht vom 27. November 2006, Urk. 13/11 S. 97 ff.; Bericht vom 4. Oktober 2006 über das psychosomatische Konsilium, Urk. 13/11 S. 107 und S. 109).

Ab dem 11. Januar 2007 begab sich der Beschwerdeführer in die psychiatrische Behandlung von Dr. med. O. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der gemäß dem Bericht vom 20. Oktober 2007 die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.2) mit paranoider Entwicklung (ICD-10 F99) in Richtung einer paranoiden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0) mit aggressiven Zügen stellte (Urk. 13/13 S. 1). Es lasse sich nicht explorieren, ob aktuell die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung vorliege. Denn es sei kaum möglich, ein ausführlicheres und schon gar nicht ein entspanntes Gespräch zu führen. Jedenfalls liege eine schwere psychische Erkrankung vor, welche wesentlich durch die Depression und Aggressionen charakterisiert sei. In diesem Zustand sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten gegeben (Urk. 13/3 S. 2). Im Verlauf der Behandlung wurde der Beschwerdeführer gemäß den Berichten von Dr. O. ____, vom 29. März 2007 (Urk. 13/13 S. 3) und vom 26. Mai 2009 (Urk. 13/41 S. 1) zweimal, nämlich am 20. März 2007 und am 20. Mai 2009 wegen Selbstgefährdung in eine psychiatrische Klinik eingewiesen, von wo er nach ein, zwei Tagen wieder entlassen worden sei. Im Bericht vom 26. Mai 2009 führte Dr. O. ____ aus, nachdem sich der Beschwerdeführer ihm gegenüber in den letzten Monaten etwas geöffnet habe und auch von Ereignissen aus seiner Vergangenheit erzählt habe, ergäben die Schilderungen ein Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Ausserdem stellte er die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mindestens mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.11). Weiter bestehe der Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; Urk. 13/41).

Der E.-Gutachter Dr. med. P. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte nach der Untersuchung vom 27. Mai 2009 die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11, bestehend seit etwa Januar 2007), einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F62.0, bestehend seit Jahren) und den Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F54.4, bestehend seit etwa Januar 2007; Urk. 13/43 S. 42). Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit Januar 2007 70 % in der Tätigkeit als Chauffeur respektive als Kurier und 40 % in einer leidensangepassten Tätigkeit (Urk. 13/43 S. 28).

Der psychiatrische Gutachter Dr. F. ____ setzte sich mit den im Verlauf gestellten psychiatrischen Diagnosen ausführlich auseinander und holte eine telefonische Auskunft von Dr. O. ____ ein. Dr. F. ____ kam danach und nach eigener Untersuchung sowie

nach Auswertung der ermittelten Testergebnisse zum Schluss, es könne weder eine posttraumatische Belastungsstörung noch eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung oder eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden, sondern allein eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4). Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht seit dem Unfall vom 24. Juli 2006 infolge einer depressiven Entwicklung im Ausmass von zirka 50 % eingeschränkt gewesen. Seit Januar 2007 sei es wegen der Zunahme des depressiven Geschehens von schwergradigem Ausmass zu einer weiteren Verschlechterung und Zunahme der Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 100 % mit schwankendem Verlauf gekommen, der zeitlich nicht im Detail bekannt sei, jedoch gemäss Fremdauskunft (von Dr. O.____) auch Phasen ohne depressive Episoden umfasst habe. Eine Besserung des Gesundheitszustandes sei ab April 2009 eingetreten. Seit Oktober 2009 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit (Urk. 13/59 S. 14 ff.).

E. 5

5.1 Mit den Parteien ist gestützt auf die insofern übereinstimmenden Einschätzungen der E.____-Gutachter (bidisziplinäres E.____-Gutachten vom 5. Juli 2009, Urk. 13/43 S. 29) und von Dr. F.____ (psychiatrisches Gutachten vom 19. März 2010, Urk. 13/59 S. 26 f.) in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der vor dem Unfall ausgeübten Tätigkeit als Chauffeur respektive Paketlieferant davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in der Zeit ab dem Unfall vom 24. Juli 2006 bis zum Ablauf des Wartejahres gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG (in der bis Ende 2007 gültigen Fassung; ab 1. Januar 2008: Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) per 23. Juli 2007 jeweils zufolge der somatischen und psychischen Beschwerden zu mehr als 40 %, und zwar zwischen 50 % bis 100 % sowie anschliessend mindestens bis Ende März 2009 zu mindestens 70 % arbeitsunfähig war. Der Beginn des Rentenanspruchs wurde von der Beschwerdegegnerin (Urk. 2/1, Urk. 2/2 S. 6) zutreffend auf den 1. Juli 2007 angesetzt (Art. 29 Abs. 2 IVG in der bis Ende 2007 gültigen Fassung; ab 1. Januar 2008: Art. 29 Abs. 3 IVG).

5.2 Betreffend die Zeit ab Juli 2007 ging die Beschwerdegegnerin in den Verurteilungen vom 8. Juli 2010 gestützt auf die psychiatrische Einschätzung von Dr. F.____ vom 19. März 2010 (Urk. 13/59 S. 26) und die Stellungnahme von Dr. med. Q.____, Fachärztin für Allgemeine Medizin, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 11. Mai 2010 (Urk. 13/68 S. 3) davon aus, dass der Beschwerdeführer sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit bis Ende März 2009 zu 100 % und von April bis Ende September 2009 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sowie seit Oktober 2009 zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 2/2 S. 6).

Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, auf die Beurteilung von Dr. F.____ könne angesichts der von den E.____-Gutachtern anderslautenden Einschätzung nicht abgestellt werden, zumal Dr. F.____ ihm nicht geglaubt habe, dass er Lagerinsasse in V.____ gewesen sei und die psychische Problematik dadurch ausgelöst worden sei. Dr. F.____ habe die Dokumentation des Roten Kreuzes darüber nicht abgewartet, obwohl er von deren Vorhandensein Kenntnis gehabt habe. Ausserdem sei die Begutachtung mit einem mazedonisch anstatt bosnisch sprechenden Dolmetscher durchgeführt worden, weshalb es Verstärkungs- und Verstärkungsprobleme gegeben habe. Er, der Beschwerdeführer, leide weiterhin an den im E.____-Gutachten bestätigten somatischen Beschwerden und an schwerer Depressivität, Aggressivität und

posttraumatischen Belastungsstörungen, die es ihm zumindest teilweise verunmöglichen würden, ein Einkommen zu erzielen (Urk.

1 S. 3 ff.).

5.3 In Bezug auf die Zeit von Juli 2007 bis mindestens Ende März 2009 ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei ihrem Entscheid auf die Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit von Dr. F. gemäss seinem psychiatrischen Gutachten vom 19. März 2010 (Urk. 13/59 S. 26) abstellte, was insofern vom Beschwerdeführer denn auch nicht gerügt wird.

Dagegen hatten die E.-Gutachter gemäss dem Gutachten vom 5. Juli 2009 in der bidisziplinären Gesamtbeurteilung eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % in einer den Knie- und psychischen Beschwerden angepassten Tätigkeit seit Januar 2007 bis auf Weiteres attestiert (Urk. 13/43 S. 28). Dies taten sie ohne sich mit den im Verlauf immer wieder massiv verschlechternden psychischen Zuständen auseinanderzusetzen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Schilderungen des behandelnden Psychiaters Dr. O. in den Berichten vom 29. März und 20. Oktober 2007 (Urk. 13/13 S. 1 ff.) sowie vom 26. Mai 2009 (Urk. 13/41), wonach der psychische Zustand des Beschwerdeführers seit Januar 2007 wiederholt Kriseninterventionen notwendig machte und am 20. März 2007 wegen Suizidalität schliesslich eine fürsorgliche Freiheitsentziehung (FFE) notwendig wurde (Urk. 13/13 S. 3; vgl. dazu den Bericht der R., S., vom 29. März 2007, Urk. 13/11 S. 32 f.) sowie am 20. Mai 2009 nach einem Selbstmordversuch eine erneute FFE-Einweisung erfolgte (Urk. 13/41 S. 1), ist auf die nachvollziehbar begründete Einschätzung von Dr. F. abzustellen und für die Zeit von Juli 2007 bis mindestens Ende März 2009 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen.

5.4 Nicht gefolgt werden kann der Beschwerdegegnerin dagegen in der Annahme, welche sie gestützt auf die Stellungnahme von Dr. Q. des RAD vom 11. Mai 2010 (Urk. 13/68 S. 3) getroffen hat, es sei bereits ab April 2009 eine derartige Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgewiesen, dass ab dann bis Ende September 2009 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (Urk. 2/2 S. 6). Zwar spricht Dr. F. im Gutachten vom 19. März 2010 von einer Besserung des (psychischen) Gesundheitszustandes von April bis Oktober 2009, aufgrund welcher die depressive Symptomatik schliesslich remittiert sei und sich auch stabilisiert habe. Eine Auswirkung dieser Besserung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er hingegen erst ab Oktober 2009 fest, indem er ab dann aus psychischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestierte (Urk. 13/59 S. 26). Dies entspricht den Angaben von Dr. O. in der fremdanamnistischen, telefonischen Auskunft vom 16. März 2010, auf welche sich Dr. F. insofern stützte, als er erklärte, der depressive Zustand habe sich seit Anfang 2009 gebessert und sei seit zirka September 2009/Oktobre 2009 remittiert und stabil (Urk. 13/59 S. 17). Dass nicht bereits ab April 2009 von einem gebesserten, stabilen psychischen Gesundheitszustand mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen ist, erhellt auch daraus, dass der Beschwerdeführer gemäss dem Bericht von Dr. O. vom 26. Mai 2009 (Urk. 13/41) am 20. Mai 2009 in suizidaler Absicht 12 Tabletten Temesta 2,5 mg einnahm und - wenn auch nur kurz - in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden musste. Damit fällt eine für die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit relevante Besserung des (psychischen) Gesundheitszustandes, welche vom Beschwerdeführer sinngemäss bestritten wird, frühestens ab Oktober 2009 in Betracht, zumal der Stellungnahme von

Dr. Q. eine Begründung zu ihrer abweichenden Einschätzung nicht zu entnehmen ist.

Zu prüfen bleibt im Folgenden, ob ab Oktober 2009 eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist. Hinweise auf eine Veränderung in erwerblicher Hinsicht bestehen keine. Auch in Bezug auf die somatischen Beschwerden ist von einer gleichgebliebenen Situation auszugehen. Hingegen ist eine Besserung des psychischen Gesundheitszustandes ausgewiesen, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

E. 6

6.1. Die Feststellung, dass ab Oktober 2009 in psychischer Hinsicht neu eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit bestehe (Urk. 13/59 S. 26), folgerte Dr. F. gemäss seinen Ausführungen im Gutachten vom 19. März 2010 einleuchtend daraus, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit allein durch die depressive Erkrankung und Entwicklung begründet und unterhalten war, welche er aufgrund seinen eigenen Untersuchungen am 21. Januar, 1. Februar und 1. März 2010 (Urk. 13/59 S. 1 und S. 11 ff.) und bestätigt durch die telefonische Aussage von Dr. O. vom 16. März 2010 (Urk. 13/59 S. 17) nachvollziehbar ab Oktober 2009 als stabil remittiert beurteilte. Die von den anderen fachärztlichen Experten im Verlauf gestellten übrigen psychiatrischen Diagnosen verneinte er mit ausführlicher Begründung (Urk. 13/59 S. 20 f. und S. 24 ff.). Übereinstimmend mit der geltenden Rechtsprechung, wonach die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraussetzt (BGE 131 V 49 E. 1.2), berücksichtigte er konsequenterweise bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit lediglich die Befunde zur (schliesslich remittierten) depressiven Störung (Urk. 13/59 S. 22).

Überzeugend stellte Dr. F. auch fest, dass sich aus den Vorakten und der Fremdauskunft von Dr. O. ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem depressiven Verlauf und den aggressiv-gereizten Zügen des Beschwerdeführers beobachten lasse, da sich mit Besserung der depressiven Störung auch die aggressiv-gereizten Züge deutlich reduziert hätten (Urk. 13/59 S. 28). Dr. F. nahm hierbei insbesondere Bezug auf den Bericht von Dr. O. vom 29. Mai 2009, in welchem dieser erklärt hatte, der Beschwerdeführer habe sich in den letzten Monaten deutlich verändert. Er sei offener und vertrauensvoller geworden. Die paranoid-abwehrende, innerlich gespannte, gereizte bis aggressive Grundhaltung sei gewichen (Urk. 13/41 S. 1 f.). Dementsprechend liess Dr. O. bei der Diagnosestellung gemäss dem Bericht vom 29. Mai 2009 den Zusatz "mit paranoider Entwicklung (ICD-10 F99) in Richtung einer paranoiden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0) mit aggressiven Zügen", den er im Herbst 2007 noch aufgeführt hatte (Bericht vom 20. Oktober 2007, Urk. 13/13 S. 1), fallen (Urk. 13/41 S. 4). Zusammen mit der bis September 2009 remittierten depressiven Symptomatik ist damit eine deutliche Besserung des psychischen Gesundheitszustandes ausgewiesen.

6.2. Als verbleibende Hauptprobleme nannte Dr. O. in der fremdanamnestischen Auskunft eine innere Blockade und die berufliche Perspektivlosigkeit. Diagnostisch lasse sich diese Störung mit Einschränkung der

Belastbarkeit am ehesten als andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Erkrankung (ICD-10 F62.1) fassen, wobei eine Einordnung schwierig sei (Urk. 13/59 S. 17 und S. 20). Dr. F.____ befand dagegen plausibel, es seien zwar Hinweise vorhanden, die eine anhaltende Änderung in der Wahrnehmung, Beziehung und im Denken des Beschwerdeführers andeuten würden, wie etwa die innere Blockiertheit. Allerdings verlange das Kriterium F. der diagnostischen Kriterien von ICD-10 F62.1, dass die Persönlichkeitsänderung mindestens zwei Jahre angedauert habe - und zwar ohne dass sie eine Manifestation einer anderen psychischen Störung darstellt (vgl. Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 5. Auflage, Bern 2011, S. 164) -, was hier wegen der bis etwa Oktober 2009 vorgelegenen depressiven Erkrankung nicht erfüllt sei. Zudem habe in den eigenen Untersuchungen die Blockiertheit nicht beobachtet werden können (Urk. 13/59 S. 22). Damit ist das Vorliegen einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach ICD-10 F62.1 auszuschliessen.

6.3 Ebenfalls nicht mit den ICD-10-Kriterien vereinbar ist die von Dr. P.____ Ende Mai/Anfang Juni 2009 gestellte Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), respektive - gemäss dessen Formulierung - nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F62.0; E.____-Teilgutachten vom 1. Juni 2009, Urk. 13/43 S. 42). Denn eine solche Diagnose sollte in Fällen, in denen der Persönlichkeitsänderung eine posttraumatische Belastungsstörung vorausgegangen ist, erst gestellt werden, wenn letztere mindestens zwei Jahre gedauert hat und ein Zeitraum von nicht weniger als zwei weiteren Jahren folgt, in welchem die massgeblichen diagnostischen Kriterien (der Persönlichkeitsänderung nach ICD-10 F62.0) erfüllt waren (Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort, a.a.O., S. 163). Eine posttraumatische Belastungsstörung wurde jedoch erst erstmals im September 2006 und lediglich als Differentialdiagnose in Betracht gezogen, wobei die Ärzte gemäss dem Bericht des K.____ Spitals vom 28. September 2006 eher eine Anpassungsstörung mit Sorgen, Anspannung und Ärger als erfüllt sahen (Urk. 13/11 S. 63 ff.). Auch die Ärzte der L.____ sahen nach dem Rehabilitationsaufenthalt vom 28. September bis 16. November 2006 trotz festgestellter posttraumatischer Symptomatik nach Kriegserlebnissen und dem Unfall vom 24. Juli 2006 mangels des Kriteriums von Flashbacks mit intrusivem Charakter davon ab, eine posttraumatische Belastungsstörung zu diagnostizieren (Urk. 13/11 S. 97, S. 99 und S. 109). Vor dem Unfall vom 24. Juli 2006 litt der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben und denen seiner Ehefrau zudem nicht an einer Belastung durch die Kriegserlebnisse. Auch sei er friedfertig und umgänglich gewesen, nach dem Unfall jedoch verschlossen, angespannt und aggressiv. Dr. O.____ beurteilte diese Angaben gemäss seinem Bericht vom 29. Mai 2009 als glaubhaft (Urk. 13/11 S. 65, Urk. 13/41 S. 3). Die Einschätzung von Dr. P.____, dass der Beschwerdeführer nach schweren traumatisierenden Kriegserlebnissen während der Kinder- und Jugendzeit, mithin schon vor dem Unfall, an einer posttraumatischen Belastungsstörung und in der Folge an einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung je im Sinne von psychiatrisch diagnostizierbaren Erkrankungen gelitten habe (Urk. 13/43 S. 42), ist daher nicht nachvollziehbar und wird im E.____-Gutachten im Einzelnen denn auch nicht verständlich begründet. Wie Dr. F.____ im Gutachten vom 19. März 2010 zutreffend ausführte (Urk. 13/59 S. 21), wurden im E.____-Gutachten insbesondere die für die Diagnose massgeblichen ICD-10 Kriterien zu F62.0 nicht festgestellt respektiv aufgeführt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vor diesem Hintergrund wurde auch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), welche erstmals von Dr. O. ___ gemäss dem Bericht vom 29. Mai 2009 gestellt worden war (Urk. 13/41 S. 4), von Dr. F. ___ gemäss seinem Gutachten vom 19. März 2010 zu Recht in Frage gestellt. Denn eine solche soll nach den massgeblichen Kriterien von ICD-10 F43.1 nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatisierenden Ereignis aufgetreten ist. Eine "wahrscheinliche" Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als sechs Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch und es kann keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden (Dilling, Mombour, Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 7. Auflage, Bern 2010, S. 184). Hier fanden die traumatisierenden Ereignisse Jahre vor Einsetzen der psychischen Beschwerden statt. Die psychischen Beschwerden wurden zudem durch die Entwicklung einer depressiven Erkrankung nach dem Unfall dominiert, die sich im Oktober 2009 zurückbildete.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zwar räumte Dr. F. ___ ein, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten Vorfälle aus der Zeit des V. ___ krieges (wiederholte Todesgefahr während der Lagerhaft, Überfall von verummten Männern auf das Elternhaus) Traumakriterien darstellen würden und dass das Ergebnis des Selbstbeurteilungsverfahrens IES-R eine solche Verdachtsdiagnose nahe lege. Die Art der Traumaschilderung durch den Beschwerdeführer (direkt, spontan, ohne Umschweife, ohne seelische Belastung, ohne vegetative Begleitreaktionen, ohne Überwachheit, ohne Schreckhaftigkeit, ohne Kontrollverlust oder vermehrte Angst) spreche jedoch gegen ein Wiedererleben der schrecklichen, traumatischen Ereignisse, gegen Vermeidungsverhalten und gegen anhaltende Symptome erhöhter Erregbarkeit, wie sie für die Diagnosestellung notwendig wären (Urk. 13/59 S. 21). Damit war für die Einschätzung von Dr. F. ___, dass keine posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10 F43.1 vorliege, nicht entscheidend, dass er die Angaben des Beschwerdeführers zu seinen Kriegserlebnissen mangels ihm vorliegender Belege nicht verifizieren konnte, sondern die Analyse der eigenen Befunderhebung. Darauf kann auch deshalb abgestellt werden, weil einem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden kann, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend bleibt (Urteil des Bundesgerichts 9C_391/2010 vom 19. Juli 2010 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Auch wenn Dr. F. ___ die Belege zu den vom Beschwerdeführer geschilderten Kriegserlebnissen nicht vorlagen und Dr. F. ___ an einer dadurch verursachten nachhaltigen Traumatisierung zweifelte sowie Konsistenz und Plausibilität der Beschwerdeangaben in Frage stellte (Urk. 13/59 S. 23 f.), vermag dies angesichts der von Dr. F. ___ zutreffend gewürdigten übrigen Aktenlage und angesichts der auch anderenorts ausgewiesenen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bis im Oktober 2009 am Ergebnis nichts zu ändern. Hinzu kommt, dass eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem zwar Voraussetzung nicht aber als solches Grund für die Invalidität bildet (BGE 131 V 49 E. 1.2).

6.4. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) wurde von Dr. O. ___ im Bericht vom 26. Mai 2009 (Urk. 13/41 S. 4) und den E. ___-Gutachtern gemäss Gutachten vom 5. Juli 2009 (Urk. 13/42 S. 28) je lediglich als Verdachtsdiagnose gestellt und von Dr. F. ___ insbesondere aufgrund seiner Feststellungen in seinen Untersuchungen Anfang 2010 ausgeschlossen (Urk. 13/59 S. 21).

Selbst wenn von einer solchen Diagnose (oder in somatischer Hinsicht von einer HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle mit dem für derartige Verletzungen typischen, beim Beschwerdeführer grundsätzlich vorgelegenen, komplexen und vielschichtigen Beschwerdebild mit Beschwerden wie diffusen Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Äbelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderungen usw. [vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_8/2007 vom 15. Januar 2008 E. 4.1]) auszugehen wäre, wäre nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung bei solchen aetiologisch-pathogenetisch unerklärlichen syndromalen Leidenszuständen die Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und des Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess doch nur in Ausnahmefällen anzunehmen (BGE 130 V 352, BGE 136 V 279). Ein solcher Ausnahmefall würde hier ab Oktober 2009 jedenfalls nicht mehr vorliegen. Denn die dazu rechtsprechungsgemäss nötige Voraussetzung einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien (chronische körperliche Begleiterkrankungen, mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehabter innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung im Sinne eines primären Krankheitsgewinns, unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz, gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person; BGE 130 V 352 E. 2.2.3) wären hier nach dem Gesagten ab Oktober 2009 nicht mehr respektive nicht mehr in der nötigen ausgeprägten/gehäuften Weise gegeben.

6.5. Dem Einwand des Beschwerdeführers, das Gutachten und die Einschätzung von Dr. F. ___ (Urk. 13/59) seien nicht zu verwenden, da bei der Begutachtung ein Dolmetscher mit unzureichenden Sprachkenntnissen der Muttersprache des Beschwerdeführers übersetzt habe (Urk. 1 S. 5 f., Urk. 3/5), kann nicht gefolgt werden. Zum einen bringt der Beschwerdeführer im Einzelnen nicht vor, was Dr. F. ___ falsch verstanden und aufgrund falscher Übersetzung im Gutachten unzutreffend festgehalten habe. Zum anderen sind dem Gutachten keine Hinweise zu entnehmen, die auf Verstädigungsschwierigkeiten schliessen liessen. Auch solche werden vom Beschwerdeführer im Einzelnen denn nicht benannt. Zudem stützen sich die Beurteilungen von Dr. F. ___ nicht allein auf die Aussagen des Beschwerdeführers ab und führen entsprechend den obigen Ausführungen zu einer nachvollziehbaren Einschätzung.

Von weiteren Beweismassnahmen sind keine anderen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist. Die

Beschwerdegegnerin hat den Untersuchungsgrundsatz nicht verletzt. Auch eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, welche der Beschwerdeführer weiter geltend macht (Urk. 1 S. 2), ist darin aufgrund der Zulässigkeit einer solchen antizipierten Beweiswürdigung (vgl. BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d mit Hinweis; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 613/02 vom 10. März 2003 E. 1.2) nicht zu erblicken.

6.6 Nach dem Gesagten ist mangels erheblicher krankheitswertiger Beeinträchtigungen, die sich nicht in psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren erschöpfen, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 127 V 294 E. 5, 136 V 279 E. 3.3), ab Oktober 2009 von einem psychischen Gesundheitszustand auszugehen, der es dem Beschwerdeführer im Hinblick auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt erlaubt, die empfundenen Schmerzen soweit zu überwinden, dass er die in somatischer Hinsicht von Dr. N. ___ im Gutachten vom 5. Juli 2009 als zumutbar beurteilten Tätigkeiten (Urk. 13/43 S. 8) ausüben kann.

6.7 Danach ist die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Kurier/Chauffeur bei voller Stundenpräsenz um 10 % eingeschränkt, wobei zu berücksichtigen ist, dass das nachfolgend genannte Anforderungsprofil eingehalten werden kann. In leidensangepassten, das heisst körperlich leichten, wechselbelastenden (abwechselnd sitzend und stehend) und knieschonenden Tätigkeiten ohne Arbeiten in kalter und feuchter Umgebung, ohne häufig kniende Positionen, häufiges Laufen auf unebenem Boden, auf Treppen und Leitern, ohne regelmässiges Heben und Tragen von Gegenständen über 5 Kilogramm ist ab Oktober 2009 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

7. Der Einkommensvergleich ist auf zeitidentischer Grundlage (BGE 129 V 222 E. 4.1-2) per 2009 durchzuführen. Die Beschwerdegegnerin bestimmte das Valideneinkommen, da der Beschwerdeführer bei Eintritt des Gesundheitsschadens erst seit wenigen Tagen und noch ohne Festanstellung als Paketlieferant für die A. ___ tätig war (Urk. 13/11 S. 148 f.) sowie zuvor meistens in befristeten Arbeitsverhältnissen als Hilfsarbeiter gearbeitet hatte (Urk. 13/5, Urk. 13/11 S. 15 und S. 109, Urk. 13/59 S. 11 f.), zutreffend aufgrund des durchschnittlichen Tabellenlohnes der Tabelle TA 1, Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten), der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE). Da auch das Invalideneinkommen auf derselben Basis zu ermitteln ist und dabei von einem 100%igen Pensum auszugehen ist, entspricht der Invaliditätsgrad dem leidensbedingten Abzug, der nach der höchstgerichtlichen Rechtsprechung maximal 25 % betragen darf (BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Folglich beträgt der Invaliditätsgrad ab Oktober 2009 in jedem Fall weniger als 40 %. In Anwendung von Art. 28 Abs. 2 IVG und Art. 88a Abs. 1 IVV ist die bis dahin geschuldete ganze Rente folglich per 31. Dezember 2009 aufzuheben.

8. Die angefochtenen Verfügungen vom 8. Juli 2010 (Urk. 2) sind daher in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und es ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine befristete ganze Rente vom 1. Juli 2007 bis 31. Dezember 2009 hat.

8. Streitgegenstand des Verfahrens bildet die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert

festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie den Parteien je zu Hälften aufzuerlegen.

Dem teilweise obsiegenden Beschwerdeführer ist eine reduzierte Prozessentschädigung zuzusprechen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_471/2007 vom 1. Februar 2008 E. 3.2), die nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen zu bemessen und auf Fr. 1'250.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen ist.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verhängung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 8. Juli 2010 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine befristete ganze Rente vom 1. Juli 2007 bis 31. Dezember 2009 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. 1'250.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Kreso Glavas
- 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 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).

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