

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00801 vom 18. Oktober 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-10-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00801

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00801 du 18 octobre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00801 del 18 ottobre 2011

Erwägungen

E. 1

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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 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).

1.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der

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

1.4 Die Verfügung über eine befristete Invalidenrente enthält gleichzeitig die Gewährung der Leistung und die Revision derselben (EVGE 1966 S. 130 E. 2; ZAK 1984 S. 133 E. 3). Wird vom Zeitpunkt des Verfügungserlasses an rückwirkend eine Rente zugesprochen und diese für eine weitere Zeitspanne gleichzeitig herabgesetzt oder aufgehoben, so sind nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anwendbar (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen). Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist eine Rente für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der Invalidität der Person, die eine Rente bezieht, in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Setzt die Verwaltung bei der Leistungszusprechung die Rente nach Massgabe der Veränderung des Invaliditätsgrades rückwirkend herab oder hebt sie sie auf, richtet sich der Zeitpunkt der Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung rechtsprechungsgemäss nach Art. 88a Abs. 1 IVV (BGE 125 V 413 f. E. 2d, 109 V 125, 106 V 16). Danach ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder bei einer Verminderung der Hilflosigkeit oder des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (BGE 109 V 125 f. E. 4a; AHI 2001 S. 159 f. E. 1 und S. 278 E. 1a, 1998 S. 121 E. 1b, ZAK 1990 S. 518 E. 2 mit Hinweis).

1.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b.cc).

1.6 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich

mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinander setzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nützlich ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2. Streitig und zu präferen ist, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht nur für den Zeitraum ab 1. April 2005 bis 31. Oktober 2007 eine befristete und lediglich eine halbe Rente zugesprochen hat. Aus den medizinischen Akten ergibt sich Folgendes:

2.1

2.1.1. Im Ärztlichen Zeugnis vom 20. April 2004 (Urk. 8/6/45) an den Unfallversicherer diagnostizierte Dr. D. eine Kontusion des Kopfes mit Distorsion der HWS. Die Beweglichkeit der HWS sei stark eingeschränkt, und der Beschwerdeführer habe Kopfschmerzen. Die Röntgenbefunde hätten keine ossären Läsionen an der HWS und am Schädeldel ergeben. Der Beschwerdeführer sei voraussichtlich für zwei bis vier Wochen zu 100 % arbeitsunfähig.

2.1.2. Im Bericht vom 1. Juni 2004 (Urk. 8/6/67) hielt Dr. D. fest, dass sich der Zustand verbessert habe, so dass die Arbeitsunfähigkeit vom 15. bis 23. Mai 2004 50 % betragen habe. Der Beschwerdeführer sei aber nicht mehr in der Lage gewesen, mehr als 30 Minuten am Arbeitsplatz zu bleiben, weshalb ab 24. Mai 2004 wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden sei.

2.2. Die Ärzte der F. diagnostizierten im Austrittsbericht vom 8. Dezember 2004 (Urk. 8/6/26-33), auf welchen sie im Bericht vom 31. August 2005 verwiesen (vgl. Urk. 8/10), einen Status nach Schädeltrauma mit Commotio cerebri ohne Bewusstlosigkeit, aber mit persistierenden, respektive zunehmenden Kopfschmerzen, Erschöpfbarkeit und Konzentrationsproblemen.

Ä In der klinischen Untersuchung zeige sich eine Haltungsinsuffizienz mit leichter Kopfprotraktion. Die aktive und passive HWS-Beweglichkeit sei in allen Richtungen frei und indolent durchführbar. Es könnten keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Symptomatik festgestellt werden. Unter interdisziplinärer Therapie mit verbesserter Körperhaltung, Kräftigung der Rumpfmuskulatur und Erhaltung der Ausdauer sowie Erlernen von Schmerz Copingstrategien seien die Schmerzen zunehmend rückläufig gewesen, leider aber nicht ganz verschwunden. Besonders die Kopfschmerzen und die Schlafproblematik seien persistierend gewesen. Andererseits habe der Beschwerdeführer von der verbesserten Beweglichkeit der HWS profitiert, die Lumbalbelastbarkeit habe sich erhöht und die körperliche Verfassung sei insgesamt fitter.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf der psychischen Ebene habe sich der Beschwerdeführer stärker gefühlt. Das Lernen, mit den Schmerzen umzugehen, sei für ihn sehr wichtig. Andererseits habe er eine gewisse Unsicherheit bezüglich seines Berufes und der Zukunft geäussert. Trotzdem sei er zuversichtlich gewesen, sich in seinen Beruf wieder eingliedern zu können.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ab 1. Dezember 2004 sollte ein Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50 % mit Steigerung bis 100 % innerhalb von 3 Monaten begonnen werden.

2.3

2.3.1Ä Ä Laut Bericht von Dr. G. ___ vom 19. April 2005 (Urk. 8/6/17-21) liegt beim Beschwerdeführer ein Status nach Comotio cerebri mit chronischem Schmerzsyndrom, vor allem den Kopf und den Rücken betreffend, rascher Ermüdbarkeit, neuropsychologischen Beschwerden und einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F 43.21) vor.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus den Angaben des Beschwerdeführers gingen klare depressive Äquivalente hervor. Da in der psychiatrischen Exploration selbst der Affekt modulierbar gewesen sei, sei nicht von einer fixierten Depression auszugehen, und es liege möglicherweise auch nicht das Vollbild einer rezidivierenden depressiven Störung vor. Dennoch zeige sich eine psychiatrische Störung, die als Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion zu fassen sei. Es handle sich dabei um eine psychoreaktive Störung, wobei sich die Reaktion vornehmlich auf die limitierenden Unfallfolgen (chronische Schmerzen, neuropsychologische Probleme) bezögen.

2.3.2Ä Ä Im Bericht vom 8. Oktober 2005 (Urk. 8/13) attestierte Dr. G. ___ dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Das Schmerzsyndrom, die neuropsychologischen Probleme und die Depression stellten ein interagierendes, sich gegenseitig aufschaukelndes Beschwerdesystem dar. Es resultiere hieraus eine massive Einschränkung der Belastbarkeit mit sehr rascher Ermüdbarkeit. Derzeit werde die Möglichkeit eines Arbeitsversuchs im alten Beruf mit ganz geringer Belastung geprüft.

2.4Ä Ä Ä Ä Die Ärzte der L. ___ (Fachklinik für kardiale und psychosomatische Rehabilitation) berichteten am 7. Oktober 2005 (vgl. Urk. 8/36 Erw. 2.4), in den vielen Einzelgesprächen seien der hohe Leidensdruck, die Verzweiflung und das Gefühl der Ohnmacht in Anbetracht der limitierenden Kopfschmerzen mehrfach deutlich zum Ausdruck gekommen. Der Beschwerdeführer habe ein Tagesprotokoll, das die Intensität der Kopfschmerzen und die jeweilige Stimmung erfasst habe, geführt. Aufgrund der ausgewerteten Befunde lasse sich kein Zusammenhang zwischen der Stimmung und der Stärke des Schmerzes ableiten. Die Kopfschmerzen seien im Tagesverlauf auf einer Skala von 0 bis 10 mit einer Intensität von durchschnittlich 8 permanent hoch. Während des Aufenthaltes sei es vorgekommen, dass der Beschwerdeführer offenbar ohne vorherige Anstrengung schweissberst zum psychologischen Gespräch erschienen sei. Zudem seien die berichteten Gedankenabreisser während der Gesprächssitzungen mehrfach bemerkt worden. Sie hätten jedes Mal zu einer tiefen Trauer und Verzweiflung geführt. Alle berichteten Symptome seien erst seit dem Unfall aufgetreten und hätten schliesslich aufgrund der Hoffnungslosigkeit in Bezug auf die mögliche Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit in die depressive Krise geführt.

Ab dem 26. September 2005 bestehe aus rein psychiatrischer Sicht eine prognostische Arbeitsfähigkeit von 50 % mit stufenweisem Anstieg auf 100 %.

Im Gutachten der M.____ vom 5. Juli 2007 (Urk. 8/32) zu Händen des Unfallversicherers wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 17):

a) mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit:

"Anpassungsstörung mit längerer leichtgradiger depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) in engem Zusammenhang mit dem persistierenden Kopfschmerzsyndrom des Versicherten bei

- Status nach depressiver Episode (Burnout-Syndrom) und

- akzentuierter Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (ICD-10 Z73.1)

Erwachsenen-Aufmerksamkeitsdefizit-Störung ADS, unter Behandlung mit ConcertaR deutlich gebessert (ICD-10 F90.9)"

b) ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert:

"Unspezifische Rückenschmerzen

Zervikozephalales Syndrom mit migräniformer Komponente

Geringgradige Adipositas (BMI 34)"

Der Beschwerdeführer klagt heute am meisten über Kopfschmerzen, welche ihn an einer geregelten Tätigkeit hinderten. Weiter bestanden Schmerzen im oberen Teil des Rückens sowie zwischen den Schulterblättern linksbetont. Seine seelische Situation bezeichne er als Desaster und die finanzielle Lage als aussichtslos.

Zusammenfassend leide der Beschwerdeführer an unspezifischen Rückenschmerzen, welche mit dem Unfall nur mäßiglicherweise, und an chronischen zervikozephalen Schmerzen, welche mit dem Unfall überwiegend wahrscheinlich zusammenhängen. Beide Beschwerdekomplexe führten hingegen nicht zur Arbeitsunfähigkeit, diese liege in den psychiatrischen Diagnosen Anpassungsstörung (überwiegend unfallbedingt) und Aufmerksamkeitsdefizit-Störung (nicht Unfallfolge) begründet.

Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrage 70 %, einschränkend seien das chronische Schmerzsyndrom, das leicht depressive Syndrom und das ADS. Für jede geeignete Verweisungstätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit ebenfalls 70 %. Die andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe mit dem Unfall begonnen. Aufgrund der Aktenlage und der Schilderung des Beschwerdeführers sei davon auszugehen, dass die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfall während längerer Zeit für jede denkbare Erwerbstätigkeit 50 % betragen habe. Seit dem Beginn der Behandlung mit ConcertaR habe sich die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit bis zum Zeitpunkt der M.____-Untersuchung auf 30 % vermindert. Auch unter Weiterführung der Heilgymnastik, der Physiotherapie und der ConcertaR-Behandlung sei nicht mit einer markanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen.

2.6

2.6.1.1. Dr. H. ____, Oberarzt am I. ____, wo sich der Beschwerdeführer vom 1. Dezember 2008 bis 11. März 2009 in stationärer Behandlung befand, diagnostizierte im Bericht vom 17. April 2009 (Urk. 8/39) eine Anpassungsstörung mit längerer mittelgradiger Depression bei Status nach Schädel-Hirn-Trauma und persistierenden invalidisierenden Kopf- und Nackenschmerzen (ICD-10: F43.21), die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, sowie ein ADHS Aufmerksamkeits Syndrom mit Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F90.0), das sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Durch die Depression wie auch die Nacken- und Kopfschmerzen seien der Antrieb stark verlangsamt und die Aufmerksamkeit sowie Konzentration vermindert. Längeres Sitzen sei nicht möglich und Aufstehen früh morgens sei schwierig. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer bis zu 50 % noch zumutbar, es bedürfe eines langsamen stundenweisen Aufbaus. Ab Mai 2009 sollte eine Arbeitsfähigkeit von 10 bis 20 %, je nach Erfolg der ambulanten Nachbehandlung, möglich sein.

2.6.2. Am 25. Juni 2009 (Urk. 8/50) präsentierte Dr. H. ____, seinen Bericht dahingehend, dass dem Beschwerdeführer an einer geschätzten Arbeitsstelle mit einer optimal leidensangepassten Tätigkeit (u.a. Abholservice zu Hause) eine 100%ige Arbeitstätigkeit zumutbar sei. Auf dem primären Arbeitsmarkt in der freien Marktwirtschaft sei eine leidensangepasste Tätigkeit nicht vorstellbar.

2.6.3. Laut Austrittsbericht von Dr. H. ____, vom 5. Oktober 2009 (Urk. 8/69/2-3) hat sich der Beschwerdeführer selbständig auf dem Notfall vorgestellt, da er nach einem Fentanyl-Entzug seit fünf Tagen an Schlaflosigkeit leide. Er sei wach und zeitlich desorientiert, die übrigen Qualitäten seien unauffällig. Aufmerksamkeit und Konzentration seien grobkursorisch intakt, im Gespräch weine der Beschwerdeführer und wirke sehr erschöpft. Es lägen keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen und keine Sinnes- und Ichstörungen vor. Im Affekt wirke der Beschwerdeführer deprimiert, jedoch nicht abgeflacht. Der Antrieb sei reduziert. Er klage über schwere Ein- und Durchschlafstörungen und leichte Magenschmerzen, vermehrtes Schwitzen und ein Gefühl von Nadelstichen auf der Haut. Er habe sich sozial zurückgezogen, habe passive Todeswünsche, es bestehe aber keine akute Suizidalität und keine Selbst- oder Fremdgefährdung. Der Beschwerdeführer habe nach einer Woche in gutem Allgemein- und psychischem Zustand entlassen werden können.

2.7. Dr. E. ____, berichtete am 1. Mai 2009 (Urk. 8/40), das Ziel der stationären psychiatrischen Therapie, wieder in eine Tagesstruktur zurückzufinden, sei mindestens teilweise erreicht. Nun finden weiterhin intensive Physiotherapie, Psychotherapie, ein Rehabilitationsprogramm, Spitexbegleitung sowie regelmäßige hausärztliche Kontrollen statt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 %, da der Beschwerdeführer an einer völligen Blockade mit der Unfähigkeit, Pflichten (auch angenehme) nachzukommen oder einen Tagesrhythmus einzuhalten und sich zu konzentrieren, leide. Bei idealen Voraussetzungen könne mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Umfang von 20 bis 30 % nach dem Sommer 2009 gerechnet werden.

2.8

2.8.1. Laut Bericht von Dr. J. ____, vom 27. Mai 2009 (Urk. 8/41) leidet der Beschwerdeführer an einer Anpassungsstörung mit protrahierter mittelgradiger

Depression (ICD-10: F43.21) bei Status nach Schädel-Trauma mit persistierenden Kopf- und Nackenschmerzen, einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität (ADHS) und bei anankastisch/narzisstischen Persönlichkeitszügen. Das Zustandsbild sei dominiert von chronischen Kopf- und Nackenschmerzen, die je nach Medikamentenwirkung stärker oder schwächer, aber nie weg seien. Mit Schlafstörungen und ausgeprägten Morgentiefs schaffe es der Beschwerdeführer oft nicht, aufzustehen, und er verkrieche sich im Bett, da ihm alles zu viel werde. Seit der Hospitalisation habe sich die Motivation verbessert, der Beschwerdeführer besuche regelmäßig die ambulante Ergotherapie und halte seine Arzttermine meistens ein. Es bestehe eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 80 %, eine Arbeitstätigkeit von mehr als zwei Stunden täglich sei nicht denkbar.

2.8.2.1 Am 26. Juni 2009 (Urk. 8/51) reichte Dr. J. ___ eine Ergänzungs seiner Einschätzungen nach, wonach die derzeitige Arbeitsfähigkeit von 20 % durch berufliche Massnahmen gesteigert werden könnte. Im stationären Setting mit klaren Strukturen und angepassten täglichen Herausforderungen könnte es gelingen, eine leidensangepasste Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % zu erreichen.

2.8.3.1 Im Verlaufsbericht vom 11. Februar 2010 (Urk. 8/69) legte Dr. J. ___ dar, seit der letzten stationären Behandlung vom 23. bis 30. September 2009 habe sich der Zustand des Beschwerdeführers zusehends verschlechtert. Er habe sich völlig zurückgezogen, verkrieche sich tagsüber im Bett und finde nachts kaum Schlaf. Der Versuch, einen geregelten Tagesablauf zu erreichen, sei gescheitert. Zwar nehme der Beschwerdeführer regelmässig ConcertaR (Methylphenidat) ein, doch scheine dieses keine wesentliche Hilfe mehr zu sein. Die Konsultationen beim Hausarzt habe er nicht mehr wahrnehmen können, und auch die Therapiesitzungen seien mehrfach ausgefallen. Der Beschwerdeführer bringe nichts mehr auf die Reihe und versinke zusehends in einer immer stärker werdenden invalidisierenden Depression, zu der auch Suizidgedanken gehörten. Er brauche dringend eine Perspektive, am ehesten in einer stationären Rehabilitation (z.B. O. ___), die von der IV nicht bewilligt worden sei. Eine solche wäre einer weiteren psychiatrischen Hospitalisation eindeutig vorzuziehen. Angesichts des noch jugendlichen Alters des Beschwerdeführers seien Rentenleistungen der IV höchstens vorübergehend angezeigt.

2.8.4.1 Am 5. September 2010 (Urk. 3) schrieb Dr. J. ___, der Zustand des Beschwerdeführers habe sich nicht verbessert. Es habe Phasen von völliger Resignation gegeben, die mitunter auch von Suizidgedanken begleitet gewesen seien. Zu suizidalen Handlungen sei es nie gekommen. Nachdem der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage gewesen sei, seine Tage zu strukturieren, sei es ihm nach der Umstellung der Medikation nun wieder gelungen, einen teilweise adäquaten Tag-/Nacht rhythmus aufrecht zu erhalten.

2.9.1.1 Im psychiatrischen Gutachten vom 8. Oktober 2009 (Urk. 8/55) diagnostizierte Dr. K. ___ eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung des Erwachsenenalters (ICD-10: F90.0) mit Schwierigkeiten in den Bereichen Affektregulation, soziale Interaktion und Alltagsbewältigung sowie ängstlich-vermeidenden und narzisstischen Persönlichkeitszügen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, und eine Anpassungsstörung mit längerer leichtgradiger depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21), die die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflusst. Im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung zeige sich auf psychiatrischem Fachgebiet ein misstrauisch,

gereizt und angespannt wirkender Versicherter, der sich vor allem zu Beginn der Exploration vorwurfsvoll und verbal aggressiv präsentierte. Unterbrochen werde die psychiatrische Untersuchung von zahlreichen kleineren Eskalationen mit verbal-aggressiv getätigten Vorwürfen, massiver innerer Anspannung und Impulsivität. Ein Rapport sei anfangs schwer, im Verlauf der Exploration dann aber zunehmend besser herstellbar. Die Grundstimmung sei verzweifelt, hoffnungslos und vorwurfsvoll. Der Versicherte sehe sich zeitlebens in einer Opferrolle und klage wiederholt über das Gefühl, dem Leben nicht mehr gewachsen und mit allem überfordert zu sein. Ein Leidensdruck sei spürbar, und der Beschwerdeführer wirke bei den Beschwerdeschilderungen authentisch sowie emotional tangiert. Es zeigten sich im Verlauf der Exploration auffällige Persönlichkeitszüge mit narzisstischen (zur Bewältigung eigener Ängste und zur Stabilisierung des Selbstwertgefühls) sowie ängstlich-vermeidenden ("...ich kann erst wieder arbeiten, wenn ich wieder richtig gesund bin.") Anteilen. Die Gedächtnisfunktionen sowie Aufmerksamkeit und Konzentration seien klinisch nicht beeinträchtigt. Die eigenen Untersuchungsergebnisse sprächen vor dem Hintergrund der Anführungen in den Vorberichten und den Angaben des Versicherten für eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) des Erwachsenenalters mit Schwierigkeiten in den Bereichen Impulskontrolle, Affektregulation, soziale Interaktion und Alltagsbewältigung sowie mit narzisstischen und ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszügen. Es beständen die für diese Störung typischen Symptomkomplexe, mit vorbeschriebenen Verhaltensauffälligkeiten, depressiven und Angstsymptomen, Stress- und Frustrationsintoleranz sowie Schwierigkeiten bei der Verhaltensplanung und Impulskontrolle. Die Vorberichte stützten die Diagnose einer ADHS, welche meist mit einer psychiatrischen Komorbidität (hier ängstlich-vermeidende und narzisstische Persönlichkeitszüge, Anpassungsstörung) einhergehe. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung zeige der Versicherte keine auffallende Aufmerksamkeitsstörung, diese sei jedoch unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass die Aufmerksamkeit in für den Probanden motivierenden Situationen sehr gut aufrechterhalten werde könne, jedoch nicht bei schlechter Motivationslage. Auch werde in der einschlägigen Literatur erwähnt, dass unauffällige Testbefunde eine Aufmerksamkeits-Defizit-Störung nicht ausschliessen könnten (Ryffel 2003). So seien beim Versicherten zwar die neuropsychologischen Funktionen (unter Methylphenidat) weitestgehend unauffällig, die übrigen Untersuchungsbefunde stützten jedoch die Diagnose einer relevanten Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Insgesamt könnten die diagnostischen Einschätzungen der Voruntersucher hinsichtlich Arbeitsfähigkeit insbesondere der M.___-Zentralschweiz bestätigt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Wie im psychiatrischen Konsilium von Dr. med. N.___ vom 29. März 2007 angeführt, könne ab Datum des Unfalls vom 15. April 2004 eine 50%ige und ab Datum der M.___-Begutachtung unverändert eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten angenommen werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von einer Motivation seitens des Versicherten hinsichtlich beruflicher Wiedereingliederungsversuche und von einer offenen Prognose könne unter Weiterführung der psychiatrischen Therapie und fortlaufender Stabilisierung ausgegangen werden. Berufliche Massnahmen seien bei dem jungen Versicherten aus medizinischer Sicht nach wie vor indiziert und in Anbetracht der Gesamtsituation

gesprochen habe. Aufgrund dieser Befunde erscheint es nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. G.____ dem Beschwerdeführer seit dem Unfalltag eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat, weshalb auf seinen Bericht nicht abgestellt werden kann.

3.2.3.1 Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bis zur M.____-Begutachtung ist insofern nachvollziehbar, dass die Behandlung mit ConcertaR (Ritalin) eine Wirkung zeigte und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit auf 70 % erholt werden konnte.

3.2.4 Nach dem Dargelegten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zwischen dem 15. April und 14. Mai 2004 zu 100 % und ab dem 15. Mai 2004 (vgl. Erw. 2.1.2 hiervor) bis zur M.____-Begutachtung zu 50 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war.

E. 3.3

3.3.1 Bis zum Verfallzeitpunkt, mithin bis zum 8. Juli 2010, welcher Zeitpunkt hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes massgebend ist (BGE 129 V 1 E. 1.2 S. 4), haben sich laut psychiatrischem Gutachten von Dr. K.____ keine relevanten Änderungen ergeben. So diagnostizierte Dr. K.____ (Erw. 2.9) - wie zuvor die M.____-Gutachter - eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung des Erwachsenenalters (ICD-10 F.90.0) sowie eine Anpassungsstörung mit längerer leichtgradiger depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), aufgrund welcher der Beschwerdeführer zu 30 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist.

Das Gutachten von Dr. K.____ vom 8. Oktober 2009 entspricht in jeder Hinsicht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. Es basiert auf den notwendigen psychiatrischen Untersuchungen des Beschwerdeführers, und dem Gutachter standen die Akten der Beschwerdegegnerin zur Verfügung, worin namentlich die relevanten medizinischen Berichte enthalten waren. Der Gutachter berücksichtigte sodann die geklagten Beschwerden und setzte sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind auch die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann.

3.3.2 Es trifft nicht zu - wie der Beschwerdeführer moniert -, dass sich der Gutachter nicht mit den bereits gestellten Diagnosen oder mit den abweichenden Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit auseinandergesetzt hat. Wie die M.____-Gutachter (Erw. 2.5) und überdies auch die behandelnden Psychiater Dres. H.____ und J.____ (Erw. 2.6 und Erw. 2.8) diagnostizierte er eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung des Erwachsenenalters und eine Anpassungsstörung mit längerer leichtgradiger depressiver Reaktion und kam wie die M.____-Gutachter zum Schluss, dass eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. Wenn er sich allerdings dafür ausspricht, dass sich die Anpassungsstörung für sich allein genommen nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, beurteilt er die Situation nicht anders als die M.____-Gutachter, schliesst er doch aus den erhobenen Befunden, dass beim Beschwerdeführer die für die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung typischen Symptomkomplexe mit Verhaltensauffälligkeiten, depressiven- und Angstsymptomen, Stress- und Frustrationsintoleranz sowie Schwierigkeiten bei der Verhaltensplanung und Impulskontrolle sowie mit einer für diese Störung typischen psychiatrischen

Komorbidität - hier Ängstlich-vermeidende und narzisstische Persönlichkeitszüge und eine Anpassungsstörung - einhergehen. Obwohl der Beschwerdeführer in der Untersuchung keine auffallende Aufmerksamkeitsstörung zeigte, schliesst Dr. K.____ - eben gerade in der Auseinandersetzung mit den anderen medizinischen Berichten - trotzdem auf eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung des Erwachsenenalters.

Was die Auseinandersetzung mit den Berichten von Dr. H.____ und Dr. J.____ betrifft, stellt Dr. K.____ wie bereits erwähnt dieselben Diagnosen. Dass er sich mit deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht auseinandergesetzt hat, kann ihm jedoch nicht zum Vorwurf gereichen, sind doch deren Angaben in ihren Berichten höchst widersprüchlich. So berichtete Dr. H.____ am 17. April 2009 (Erw. 2.6.1), die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer noch zu 50 % zumutbar, es bedürfte aber eines langsamen Aufbaus mit einem Start bei einem Arbeitspensum von 10 bis 20 % je nach Erfolg der ambulanten Nachbehandlung ab Mai 2009. Mit Schreiben vom 25. Juni 2009 (Erw. 2.6.2) präzisierte er seine Einschätzung dahingehend, dass der Beschwerdeführer an einem geschätzten Arbeitsplatz sogar zu 100 % arbeitsfähig sein sollte, jedoch im primären Arbeitsmarkt eine Arbeitsfähigkeit nicht vorstellbar sei. Dr. J.____ erachtete dem Beschwerdeführer im Bericht vom 27. Mai 2009 (Erw. 2.8.1) eine Arbeitstätigkeit von höchstens zwei Stunden pro Tag als zumutbar und ergänzte seine Einschätzung dahingehend, als für den Beschwerdeführer ein längerer Aufenthalt im Reha-Zentrum O.____ geeignet wäre, um damit eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % zu erreichen. Es liegt der Schluss nahe, dass die beiden Ärzte mit ihren Präzisierungen versuchen wollten, dem Beschwerdeführer eine von der Invalidenversicherung finanzierte berufliche Massnahmen zu ermöglichen, weshalb sie den Beweiswert des Gutachtens von Dr. K.____ nicht in Zweifel zu ziehen vermögen.

3.3.3 Schliesslich lassen weder der Austrittsbericht von Dr. H.____ vom 5. Oktober 2009 (Erw. 2.6.3) noch der Verlaufsbericht von Dr. J.____ vom 11. Februar 2010 (Erw. 2.8.3) und 5. September 2010 (Erw. 2.8.4) darauf schliessen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung durch Dr. K.____ dauerhaft verschlechtert hat. Denn der Beschwerdeführer begab sich selbständig in die Notaufnahme des I.____, nachdem er nach einem Fentanyl-Entzug seit fünf Tagen an Schlaflosigkeit gelitten hatte. Bereits nach einer Woche konnte er in gutem Allgemein- und psychischen Zustand wieder entlassen werden. Im Verlaufsbericht vom 11. Februar 2010 (Erw. 2.8.3) wiederholte Dr. J.____ seinen Standpunkt, dass Rentenleistungen der Invalidenversicherung höchstens vorübergehend angezeigt seien, der Beschwerdeführer aber viel eher einer stationären Rehabilitation bedürfte. Dass sich der Beschwerdeführer zurückziehe, sich tagsüber im Bett verkrieche und nachts kaum Schlaf finde, beschrieb er schon im Bericht vom 27. Mai 2009 (Erw. 2.8.1), weshalb hierin allein keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes erblickt werden kann. Weitere Befunde, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hindeuten würden, erwähnte er ebenso wenig wie in seinem Bericht vom 5. September 2010 (Erw. 2.8.4), in welchem er schrieb, dass es dem Beschwerdeführer nach der Umstellung der Medikation nun wieder gelungen sei, einen teilweise adäquaten Tag-/Nachtrythmus aufrecht zu erhalten. Dies wertete er indessen nicht als Verbesserung des Zustandes.

3.4 Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zwischen dem 15. April und 14. Mai 2004 zu 100 %, zwischen dem

15. Mai 2004 bis 4. Juli 2007 zu 50 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war und seit 5. Juli 2007 (Datum des M.____-Gutachtens) zu 30 % arbeitsunfähig ist.

4.1.1. Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt.

4.1.1.1. Der Beschwerdeführer erzielte an seiner letzten Stelle vor dem Unfall bei der B.____ einen Jahreslohn von Fr. 75'400.-- (Urk. 8/5). Unter Berücksichtigung des Nominallohnindexes für Männer von 114,1 Punkten im Jahr 2004, von 115,2 Punkten im Jahr 2005 und von 118,5 Punkten im Jahr 2007 (Schweizerischer Lohnindex des Bundesamtes für Statistik, BFS) ergibt dies ein Valideneinkommen im Zeitpunkt des Rentenbeginns im Jahr 2005 von Fr. 76'126.90 beziehungsweise im Zeitpunkt der Verbesserung des Gesundheitszustandes im Jahr 2007 von Fr. 78'307.60.

4.2.1. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 2004 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,6 Stunden und die zwischen 2006 und 2007 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2010 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

4.2.1.1. Der Beschwerdeführer schloss eine Lehre als Konfektionsverkäufer ab, war danach über Jahre als PC-Supporter tätig und erlangte an der P.____ Zürich den Fähigkeitsausweis für PC-Supporter (vgl. Urk. 8/1). Es ist ihm zumutbar, diese Tätigkeit in eingeschränktem Mass weiter auszuüben. Gemäss Tabelle TA1 der LSE 2004 belief sich der Zentralwert für Tätigkeiten, welche Berufs- und Fachkenntnisse voraussetzen (Anforderungsniveau 3), im privaten Sektor für Männer im Wirtschaftszweig "Informatikdienste" (Ziffer 72, 74) auf Fr. 5'881.--. Unter Berücksichtigung des Nominallohnindexes für Männer von 114,1 Punkten im Jahr 2004 und von 115,2 Punkten im Jahr 2005 (vgl. Erw. 4.1) und einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden und bezogen auf ein 50 % Pensum ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 37'051.25. Die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen beträgt Fr. 39'075.65, der Invaliditätsgrad folglich 51,33 %.

4.2.1.2. Im Jahr 2006 belief sich der Zentralwert für Tätigkeiten, welche Berufs- und Fachkenntnisse voraussetzen (Anforderungsniveau 3), im privaten Sektor für Männer im Wirtschaftszweig "Informatikdienste" (Ziffer 72, 74) auf Fr. 5'991.--. Unter Berücksichtigung des Nominallohnindexes für Männer von 116,6 Punkten im Jahr 2006 und von 118,5 im Jahr 2007 (Schweizerischer Lohnindex des Bundesamtes für

Statistik, BFS) und einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden und bezogen auf ein 70 % Pensum ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 53'318.10. Die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen beträgt Fr. 24'989.50 und der Invaliditätsgrad folglich 31,91 %.

4.3 Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht mit Wirkung ab 1. April 2005 eine bis 31. Oktober 2007 befristete halbe Rente zugesprochen, was zur Abweisung der Beschwerde betreffend Rente führt.

E. 5

5.1 Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 119 Ib, 118 V 313 Erw. 3b, je mit Hinweisen).

5.2 Hinsichtlich des Begehrens des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen hat die Beschwerdegegnerin nach Aktenlage nicht verfügt, weshalb ein diesbezüglicher Anspruch nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bilden kann. Auf die Beschwerde ist insoweit nicht einzutreten.

6. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert innerhalb des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 600.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Stephan Breidenstein
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.