

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01059 vom 31. Mai 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01059

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01059 du 31 mai 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01059 del 31 maggio 2013

Erwägungen

E. 1

1.1???? X.____, geboren 1974, war zuletzt von 1999 bis 2005 als Elektro-Hilfsmonteur angestellt gewesen (letzter effektiver Arbeitstag: 31. Juli 2003; Urk. 9/9/2). Vom 3. September bis 4. Oktober 2004 (Austrittsbericht vom 4. Oktober 2004, Urk. 9/60/1-5 = 3/2) sowie vom 7. Oktober bis 21. Dezember 2004 (Austrittsbericht vom 7. Januar 2005, Urk. 9/60/6-9 = 3/3) war er im Psychiatrie-Zentrum Y.____ hospitalisiert. Ab Februar 2006 war er im Rahmen eines Programms der Stiftung Z.____ im Alters- und Pflegeheim A.____, beschäftigt (Einsatz in den Bereichen Hauswirtschaft, Transportwesen, Hauswartung; Beschäftigungsgrad: 100 % [Schlussbericht vom 11. Juli 2006, Urk. 9/10/54-56]). Am 6. Mai 2006 zog sich X.____ beim Fussballspielen, als er mit einem anderen Spieler zusammensties (Schadenmeldung UVG für arbeitslose Personen, Urk. 9/10/79), eine Knieverletzung zu, welche am 30. August 2006 operativ behandelt wurde (Operationsbericht von Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Urk. 9/10/71-72). Vom 10. Januar bis 22. Februar 2007 weilte X.____ in der Rehaklinik C.____ (Austrittsbericht vom 26. Februar 2007, Urk. 9/30/61-67). Am 4. April 2007 wurde X.____ erneut operiert (Operationsbericht von Dr. B.____, Urk. 9/30/54). Darauf hielt sich X.____ vom 25. Oktober bis 29. November 2007 (Austrittsbericht vom 6. Dezember 2007, Urk. 9/28 = 9/30/20-28) erneut in der Rehaklinik C.____ auf. Für die verbliebene Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 6. Mai 2006 sprach ihm die SUVA eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 14 % und eine Integritätsentschädigung nach Massgabe einer Integritätseinbusse von 7,5 % zu (vgl. Verfügung vom 23. Oktober 2008 [Urk. 9/37] und rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 5. März 2009 [Urk. 9/57]).

1.2???? Unter Hinweis auf Kniebeschwerden meldete sich X.____ im Juni 2007 auch zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Berufsberatung, Umschulung auf eine neue Tätigkeit, Rente [Urk. 9/3/6 Ziff. 7.8]). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, traf erwerbliche und medizinische Abklärungen, zog die Akten der SUVA bei (Urk. 9/10/1-79, 9/27/1-54, 9/30/1-110) und veranlasste ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Gutachten von Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. September 2009 (Urk. 9/63, samt Gutachtenergebnissen vom 13. Juli 2010 [Urk. 9/80] und vom 3. Januar 2011 [Urk. 9/87]). Gestützt darauf verneinte die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügungen vom 24. beziehungsweise 25. August 2011 einen Anspruch von X.____ auf Invalidenrente (Urk. 2/1) beziehungsweise auf berufliche Massnahmen (Urk. 2/2; siehe auch Feststellungsblatt vom 25. August 2011 [Urk. 9/89]; davor Feststellungsblatt vom 30. Oktober 2007 [Urk. 9/15]).

E. 1.3

1.3.1?? Beeintr?chtigungen der psychischen Gesundheit k?nnen in gleicher Weise wie k?rperliche Gesundheitssch?den eine Invalidit?t 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 Einschr?nkungen der Erwerbsf?higkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsf?higkeit zu verwerten, abwenden k?nnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Aus?bung einer Erwerbst?tigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeintr?chtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden f?hrt also nur soweit zu einer Erwerbsunf?higkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsf?higkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).????

1.3.2?? Zur Annahme der Invalidit?t nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)?rztlicherseits schl?ssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsf?higkeit wesentlich beeintr?chtigt. Je st?rker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunfts?ngste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgepr?gter muss eine fach?rztlich festgestellte psychische St?rung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeintr?chtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herr?hren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszust?nden klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstst?ndigte psychische St?rungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsf?higkeit sind unabdingbar, damit ?berhaupt von Invalidit?t gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umst?nden ihre hinreichende Erkl?rung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. M?rz 2009 E. 2).

1.4???? Anspruch auf eine Rente haben gem?ss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a.????? ihre Erwerbsf?higkeit oder die F?higkeit, sich im Aufgabenbereich zu bet?tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern k?nnen;

b.????? w?hrend eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunf?hig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c.????? nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

???????? Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invalidit?tsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invalidit?tsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invalidit?tsgrad 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).

1.5???? Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

1.6???? 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 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

???????? Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist 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 auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig 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 prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende 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.).

E. 2

2.1???? Streitig und zu beurteilen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente sowie auf berufliche Massnahmen.

2.2???? In ihrer Verfügung vom 24. August 2011 erwog die Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer habe sich am 6. Mai 2006 beim Fussballspielen eine Kniekontusion mit Knorpel- und Meniskusschaden zugezogen. Den medizinischen Unterlagen sei zu entnehmen, dass ihm eine knieschonende behinderungsangepasste Tätigkeit spätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis im Vollzeitpensum zumutbar gewesen wäre. Dabei könnte der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 10 % auf dem Tabellenlohn, welcher der Tatsache Rechnung trage, dass er nicht alle Tätigkeiten verrichten könne, ein Invalideneinkommen von Fr. 52'673.-- pro Jahr erzielen. Dies führe bei einem Valideneinkommen von Fr. 55'640.-- zu einem Invaliditätsgrad von 5 %, bei welchem kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2/1). In ihrer Verfügung vom 25. August 2011 stellte die Beschwerdegegnerin fest, der Beschwerdeführer sei in einer behinderungsangepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig; der Anspruch auf berufliche Massnahmen werde ebenfalls abgewiesen (Urk. 2/2).

2.3???? Dagegen macht der Beschwerdef?hrer geltend, das Gutachten von Dr. D.____ gen?ge weder formal noch inhaltlich den Anforderungen an die Schl?ssigkeit einer medizinischen Beurteilung, weshalb nicht darauf abgestellt werden k?nne (Urk. 1 S. 5, 10). Er sei in rentenbegr?ndendem Ausmass arbeitsunf?hig. Dabei verweist er in psychischer Hinsicht insbesondere auf das Gutachten von Dr. E.____ und lic. phil. H.____ vom 15. Juni 2010 (Einschr?nkung der Arbeitsf?higkeit von 50 % beziehungsweise 65 %, Urk. 9/75/25) sowie auf die Beurteilungen der Rehaklinik C.____ und des Psychiatrie-Zentrums Y.____ (Urk. 14 S. 2 f.).

E. 3

3.1???? Im Austrittsbericht des Psychiatrie-Zentrums Y.____ vom 4. Oktober 2004 (Urk. 9/60/1-5) wurden folgende Diagnosen genannt: narzisstische Pers?nlichkeitsst?rung (ICD-10 F60.8) mit impulsivem Verhalten, Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzst?rung (ICD-10 F45.4) sowie als Differentialdiagnose zu diesem Verdacht eine posttraumatische Belastungsst?rung. Anamnestisch wurde unter anderem festgehalten, der Beschwerdef?hrer habe seit 1999 bis ?letztes Jahr? (2003) als Elektromonteur gearbeitet (Urk. 9/60/3 am Anfang). Zudem wurde erkl?rt, der Beschwerdef?hrer habe Suizidversuche verneint (Urk. 9/60/1 am Ende). In der Beurteilung wurde ausgef?hrt, w?hrend der Hospitalisation habe der Beschwerdef?hrer eine niedrige Frustrations- und Kritiktoleranz mit ausgepr?gter Kr?nkbarkeit bei auff?lligem, wechselhaftem und bedrohlichem Verhalten gezeigt. Er habe M?he gehabt, die Stationsregeln einzuhalten und mit Konfliktsituationen umzugehen. Die Kopfschmerzsymptomatik sei in den Hintergrund getreten und die depressive Symptomatik nicht ausgepr?gt gewesen. Differentialdiagnostisch sei aufgrund der pers?nlichen Anamnese (etwa ?Kriegserlebnisse? im I.____ im Jahr 1999) eine posttraumatische Belastungsst?rung in Erw?gung zu ziehen. Zus?tzlich bestehe eine psychosoziale Belastungssituation (drohender Arbeitsplatzverlust, finanzielle Probleme). Der Beschwerdef?hrer wurde aufgrund Missachtung der Stationsregeln (inklusive Konfliktsituation mit dem Personal) vorzeitig entlassen (mit Wiedereintritt am 7. Oktober 2004).

3.2???? Im (zweiten) Austrittsbericht des Psychiatrie-Zentrums Y.____ vom 7. Januar 2005 (Urk. 9/60/6-9) wurden als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzst?rung (ICD-10 F45.4), eine kombinierte Pers?nlichkeitsst?rung mit paranoiden und emotional instabilen Anteilen (ICD-10 F61.0) sowie eine Migr?ne ohne Aura genannt. Unter ?Einweisungsgrund? wurde unter anderem festgehalten, der Beschwerdef?hrer habe berichtet, er habe vor dem ersten station?ren Eintritt aufgrund seines schlechten Zustandsbildes sowie seiner Perspektivenlosigkeit einen Suizidversuch mit Schmerztabletten unternommen (Urk. 9/60/6).

3.3???? Im Bericht des Ambulatoriums G.____ vom 21. Oktober 2005 (?ber die ambulante Behandlung vom 6. Januar bis 27. September 2005, Urk. 9/60/10-13 = 3/4) wurden als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzst?rung (ICD-10 F45.4) und eine depressive Episode (ICD-10 F32.2) festgehalten. Dabei wurde ausgef?hrt, die depressive Symptomatik habe sich im Behandlungsverlauf zunehmend aufgehellt und die Behandlung sei abgeschlossen worden, nachdem der Beschwerdef?hrer unentschuldigt nicht mehr erschienen sei. Ab 1. September 2005 bestehe eine volle Arbeitsf?higkeit in nicht zu anspruchsvoller T?tigkeit (?soziale Situation?, Urk. 9/60/12).

3.4???? Im (ersten) Austrittsbericht der Rehaklinik C.____ vom 26. Februar 2007 wurde die Zumutbarkeit einer anderen beruflichen Tätigkeit noch nicht festgelegt, jedoch wurden folgende vorläufigen physischen Einschränkungen angegeben: Einschränkungen in Bezug auf längeres Gehen, Stehen, Heben und Tragen von schweren Lasten, Gehen auf unebenem Gelände und Zwangshaltung des linken Knies (Urk. 9/30/62). In psychischer Hinsicht wurden insbesondere psychosoziale Belastungsfaktoren, namentlich Arbeitslosigkeit und familiäre Probleme, angegeben (Urk. 9/30/61, vgl. auch erstes Psychosomatisches Konsilium vom 16. Januar 2007 [Bericht vom 17. Januar 2007, Urk. 9/30/57-60]).

3.5???? Nach seinem erneuten Eingriff vom 4. April 2007 (Diagnostische Arthroskopie, postero-mediale Meniskusteilresektion Knie links und Knorpelabrasio sowie Microfracturing Knie links retropatellar?, Urk. 9/30/54) attestierte der Operateur Dr. B.____ (in physischer Hinsicht) eine volle Zumutbarkeit einer behinderungsangepassten Tätigkeit ab 9. Juli 2007 (Bericht vom 9. Juli 2007 [Urk. 9/5/7]; vgl. auch Stellungnahme von Dr. med. J.____, Facharzt für Innere Medizin, Regionaler ärztlicher Dienst, vom 13. August 2007, Urk. 9/15/3).

3.6???? Im (zweiten) Austrittsbericht der Rehaklinik C.____ vom 6. Dezember 2007 wurde in physischer Hinsicht die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ungelernter Elektromonteur als nicht mehr zumutbar bezeichnet, eine angepasste leichte bis mittelschwere, wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeit jedoch als ganztags zumutbar beurteilt (vgl. Urk. 9/28/2-3). In psychischer Hinsicht wurden folgende Diagnosen angegeben: Persönlichkeitsstörung mit depressiven Phasen, somatoforme Schmerzen, Verhaltensauffälligkeiten (massiv herabgesetzte Frustrationstoleranz und herabgesetzte Vermittlungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, Urk. 9/28/1 lit. D). In der Stellungnahme zur 'Arbeitsfähigkeit / Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive' wurde - zusätzlich zu den 'muskuloskelettal bedingten Einschränkungen' - eine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % angegeben ('Ad Psyche' Urk. 9/28/3). Dabei wurde auf das entsprechende Psychosomatische Konsilium vom 5. November 2007 verwiesen, in welchem insbesondere festgehalten worden war, aktuell sei der Beschwerdeführer psychisch destabilisiert durch eine ihm unangenehme 'Mitteilung der Invalidenversicherung über Leistungseinstellung', welche den Beschwerdeführer in den letzten Tagen in einen erheblichen inneren Spannungszustand (mit Krankheitswert) gebracht habe, der mit Suizidgedanken und leichtsinnigem, aggressivem Verhalten (parasuizidale Handlungen) verbunden gewesen sei (Konsilium Rehaklinik C.____ vom 8. November 2007, Urk. 9/30/17-19). Das psychische Störungsbild schränke die somatisch-medizinische Zumutbarkeit nicht weiter ein. Im Zusammenspiel mit dem körperlichen Beschwerdebild und der belastenden sozialen Situation gewinne die psychische Labilität des Beschwerdeführers aber insofern an Bedeutung, als global gesehen - unter Berücksichtigung aller Faktoren - aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von über 50 % in den nächsten Monaten unrealistisch sei. Je nach Arbeitsstelle sei dann eine schrittweise Steigerung durchaus denkbar.

3.7???? Im Bericht des Psychiatrie-Zentrums Y.____ vom 22. Juli 2008 nannte der weiterbehandelnde Dr. F.____ als Diagnosen mit 'Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit' den Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung gemäss (ICD-10 F62.0) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), bestehend seit ungefähr 1998 (Urk. 9/34/2). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ungelernter Elektromonteur bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit seit 15. Februar 2008 bis

auf weiteres, wobei Dr. F.____ die physischen Ressourcen nicht beurteilte. Als objektive Befunde gab er an: monotone Stimme, ungeduldig, gereizt, klagsam, gekr?nkt, sprunghaft und eingeengt. Dr. F.____ stellte eine schlechte Prognose, wobei er auf ?transkulturell-psychiatrische? Aspekte, wie bildungsferne Herkunft und reduzierte Deutschkenntnisse, hinwies. Dabei erw?hnte Dr. F.____, der Beschwerdef?hrer spreche mit Akzent Hochdeutsch (Urk. 9/34/5 am Anfang).

3.8???? SUVA-Kreisarzt Dr. K.____ erkl?rte am 26. Oktober 2008 den medizinisch-therapeutischen Endzustand f?r erreicht (vgl. Einspracheentscheid der SUVA vom 5. M?rz 2009, Urk. 9/57/3 lit. G).

3.9???? In seinem Verlaufsbericht vom 10. Dezember 2008 (Urk. 9/47) hielt Dr. F.____ eine leichte Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdef?hrers mit gelegentlichen Exazerbationen, vorwiegend im Rahmen seiner unsicheren beruflichen Zukunft mit finanziellen Problemen, fest, die zu Anspannungszust?nden gef?hrt h?tten. Der Beschwerdef?hrer sei im Oktober, als er von der SUVA einen unbefriedigenden Bescheid erhalten habe, in alkoholisiertem Zustand unter Suizidimpulsen in sein Auto gestiegen, habe sich dann aber im letzten Moment entscheiden k?nnen, das Auto stehen zu lassen. Die Arbeitsunf?higkeit aus psychiatrischer Sicht betrage 50 bis 70 %.

3.10?? In dem auf medizinischen Vorakten sowie eigener Untersuchung (vom 8. Juli 2009) beruhenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten (vom 26. September 2009, Urk. 9/63) diagnostizierte Dr. D.____ eine seit Februar 2008 bestehende Angst und depressive St?rung, gemischt (ICD-10 F41.2), bei anamnestisch anhaltender Schmerzst?rung (ICD-10 F45.4) und bei Verdacht auf posttraumatische Belastungsst?rung (ICD-10 F43.1). In seiner Beurteilung f?hrte Dr. D.____ aus (S. 14 ff.), der 1974 im I.____ geborene Beschwerdef?hrer habe nach der regul?ren Schulzeit eine Lehre als Automonteur abgeschlossen und auf diesem Beruf gearbeitet. 1991 sei er zu einem Onkel in die Schweiz gefl?chtet. Hierzulande habe der Beschwerdef?hrer ab 1992 zun?chst w?hrend vier Jahren als Automonteur gearbeitet. Nach seiner Verlobung 1996 habe er in tempor?ren Anstellungen als Hilfs-Elektromonteur gearbeitet. Zwischen 1997 und 1999 sei er in einer Fabrik t?tig gewesen. Ab 1998/1999 sei er zwischen der Schweiz und dem I.____ hin und her gereist und habe ?keinen richtigen Job gehabt?. Im M?rz 1999 sei es dem Beschwerdef?hrer gelungen, seinen im I.____ inhaftierten Vater ?frei zu bekommen?. Jedoch sei der Beschwerdef?hrer ?vom Krieg erwischt? worden und im Juli 1999 erneut in die Schweiz geflohen. Danach h?tten sich die vom Beschwerdef?hrer aktuell geklagten Symptome gezeigt. Zwischen November 1999 und August 2003 sei der Beschwerdef?hrer wiederum in einer Festanstellung als Hilfs-Elektromonteur auf Baustellen t?tig gewesen. Seit Mitte beziehungsweise Ende 2003 sei er aufgrund ?psychischer Probleme? subjektiv arbeitsunf?hig. Im M?rz 2006 habe er einen Arbeitsversuch in einem Seniorenheim unternommen. Er sei nicht t?glich, sondern je nach Lust und Laune meist f?r ein bis zwei Stunden am Tag zur Arbeit gegangen. Hingegen habe der Beschwerdef?hrer gem?ss Schlussbericht der Stiftung Z.____ vom 11. Juli 2006 von Februar bis Juni 2006 mit einem 100 % Arbeitspensum vollst?ndig angemessen gearbeitet. Nach seiner Knieverletzung sei der Beschwerdef?hrer nicht wieder an seinen Einsatzplatz zur?ckgekehrt. Aktuell suche er eine Teilzeitanstellung. Es d?rften aber keine gef?hrlichen Aufgaben sein, da er ?sich nicht unter Kontrolle? habe und er auch zu Fehlleistungen neige. Ausserdem k?nne er nicht mit Menschen zusammen arbeiten, die ?kein Verst?ndnis f?r den Krieg" h?tten. Im Vordergrund der subjektiven Beschwerden st?nden Schlafst?rungen, Alptr?ume, M?digkeit,

Konzentrationsstörungen und Wutanfälle. Er sei schreckhaft, denke selten an Tod und Sterben, fühle sich niedergeschlagen, grüble oft und sei larmempfindlich. Der Appetit sei unregelmässig. Er habe den Krieg selbst miterlebt und Angehörige verloren. Weil ihn niemand verstehe, ziehe er sich von den Menschen zurück und sei fast immer zu Hause. Speziell an Jahrestagen kämen Kriegserinnerungen auf. Tagsüber traten Wutanfälle auf. Wenn der Beschwerdeführer L. ___ treffe, steige sein Blutdruck. Er schlage auf Gegenstände und habe bereits Sachschaden angerichtet. Am Arbeitsplatz habe er Probleme mit L. ___, er habe auch einmal einen Hammer nach einem Kollegen geworfen und diesen leicht verletzt.

??????? In Bezug auf eine etwaige posttraumatische Belastungsstörung beziehungsweise Angst und depressiven Stimmung (gemischt) erklärte der Gutachter Dr. D. ___ (S. 19 ff.), aufgrund der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden im Zusammenhang mit (unklaren) persönlichen Kriegserlebnissen lasse sich keine posttraumatische Belastungsstörung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit begründen: Eine posttraumatische Belastungsstörung entstehe als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu könnte die Ermordung von Angehörigen im Beisein des Beschwerdeführers gezählt werden. Die Angaben des Beschwerdeführers würden eine direkte Teilnahme (beziehungsweise Anwesenheit) des Versicherten an der Ermordung aber fraglich erscheinen lassen. Auch die Entrüstung des Beschwerdeführers über die Frage anlässlich der Begutachtung, ob er bei der von ihm genannten Vergewaltigung der Schwester selbst anwesend gewesen sei, lasse zusätzlich begründeten Zweifel daran zu, ob er ausreichend zwischen realer Teilnahme und fantasiierter Empathie unterscheide. Der Beschwerdeführer habe zudem angegeben, das Schlimmste sei gewesen, dass man die Leichname erst einen Tag später habe beerdigen dürfen, was ebenfalls die allfällig real erlebte Todesangst im Angesicht der Morde relativiere. Die vom Beschwerdeführer genannten Beschwerden seien nicht genügend ausgeprägt und die Häufigkeit der Wahrnehmungen sei vom Beschwerdeführer zudem widersprüchlich angegeben worden. Ferner fänden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Das vom Beschwerdeführer genannte Vermeidungsverhalten erfülle dieses Kriterium (aber) nicht, da sich der angegebene soziale Rückzug nicht durch diskriminative Hinweisreize (wie beispielsweise Uniformen, Knallgeräusche, Waffen, bestimmte Gerüche) im Zusammenhang mit Kriegserlebnissen begründe, sondern durch Verständnislosigkeit der Mitmenschen. Meist trete ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermässigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Der Beschwerdeführer habe über entsprechende Symptome geklagt, welche jedoch anlässlich der Begutachtung nicht hätten objektiviert werden können. Angst und Depression seien häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert. Der Beginn folge dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern könne. Der Verlauf sei beim Beschwerdeführer wechselhaft. Diese Symptome würden schliesslich zur Diagnose einer Angst und depressiven Stimmung (gemischt) führen.

??????? In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. D. ___ fest (S. 23), dass der Beschwerdeführer bis 2003 beruflich und persönlich gut integriert sowie zwischen 2005 und

2007 weitgehend symptomfrei gewesen sei, ein Kind gezeugt und an Massnahmen zur beruflichen Integration teilgenommen habe. Bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit seien krankheitsfremde Gesichtspunkte, wie Verdeutlichungstendenz, widersprüchliche Angaben sowie psychosoziale Faktoren (Herkunft, Ausbildung und Alter, Abstinenz vom Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen) von krankheitsbedingten, objektivierbaren Befunden abzugrenzen. Die Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) führe (vorliegend) nicht zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit. Mögliche Voraussetzungen für die Unzumutbarkeit einer Schmerzberwindung liegen aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht vor.

??????? In seiner Würdigung der Vorakten erklärte Dr. D.____ (S. 24 ff.), der Beschwerdeführer erfülle die Kriterien für die im Austrittsbericht des Psychiatrie-Zentrums Y.____ vom 4. Oktober 2004 (Urk. 9/60/1-5) erwähnte Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 nicht. In Bezug auf den Austrittsbericht vom 7. Januar 2005 (Urk. 9/60/6-9) stellte er sodann fest, dass die dort angegebenen Diagnosen kaum beschrieben und nicht diskutiert würden, weshalb sie nur teilweise nachvollziehbar seien. Zudem seien die Angaben betreffend Suizidversuch widersprüchlich. Im Gegensatz zum ersten Austrittsbericht vom 4. Oktober 2004 (Urk. 9/60/1-5) werde im zweiten Bericht nun ein Suizidversuch vor dem ersten stationären Eintritt erwähnt (S. 26). Darauf sei aber nicht näher eingegangen worden. In Bezug auf das Psychosomatische Konsilium vom 5. November 2007 der Rehaklinik C.____ (Urk. 9/30/17-19) erklärte Dr. D.____ (S. 27 f.), eine eigene psychiatrisch-psychotherapeutisch relevante Diagnose sei in diesem Konsilium nicht gestellt worden und die Angaben zur Arbeitsunfähigkeit seien nicht nachvollziehbar. So sei darin erklärt worden, der Beschwerdeführer sei psychisch destabilisiert durch eine ihm unangenehme Mitteilung der IV über Leistungseinstellung, welche Reaktion die somatisch bedingte Zumutbarkeit nicht weiter einschränke. Dabei sei in teilweise Widerspruch angegeben worden, im Zusammenspiel mit dem körperlichen Beschwerdebild und der belasteten sozialen Situation (...), also unter Berücksichtigung aller Faktoren, sei aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit über 50 % hinaus in den nächsten Monaten unrealistisch. In Bezug auf den entsprechenden Austrittsbericht der Rehaklinik C.____ vom 6. Dezember 2007 (Urk. 9/28) erklärte Dr. D.____ (S. 28), das Attest einer Persönlichkeitsstörung sei mit Verweis auf das Psychosomatische Konsilium vom 5. November 2007 eindeutig falsch. In Bezug auf den Bericht des Psychiatriezentrums Y.____ vom 22. Juli 2008 (Urk. 9/34) erklärte Dr. D.____ weiter (S. 28), die in diesem Bericht angegebene volle Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der dort erwähnten objektiven psychopathologischen Befunde nicht nachvollziehbar.

3.11?? Der behandelnde Arzt Dr. F.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 29. Dezember 2009 fest, das Gutachten von Dr. D.____ sei tendenziös. Zudem habe der Beschwerdeführer erklärt, er habe bei der Beantwortung der Fragebogen anlässlich der Begutachtung durch Dr. D.____ fast gar nichts verstanden. Die Dolmetscherin stamme nach Angabe des Beschwerdeführers aus M.____, er selbst aus dem I.____. Dabei gebe es einige sprachliche Unterschiede, weshalb er es vorgezogen habe, mit Dr. D.____ Deutsch zu sprechen. Zusammenfassend hielt Dr. F.____ an der Diagnose posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) beziehungsweise anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (Differentialdiagnose, ICD-10 F62.0) fest. Die entsprechende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit betrage ungefähr 50 % (Urk. 9/69 = 3/7).

3.12?? Dr. E.____ und lic. phil. H.____ diagnostizierten in ihrem Gutachten (vom 15. Juni 2010) eine komplexe posttraumatische Belastungsst?rung, die zur Chronifizierung neige und die zu anhaltenden Pers?nlichkeits?nderungen gef?hrt habe. In ihrer Stellungnahme zur Arbeitsf?higkeit f?hrten sie aus, die Arbeitsf?higkeit sei insbesondere durch die eingeschr?nkte Belastbarkeit und Anpassungsf?higkeit sowie durch das eingeschr?nkte Konzentrations- und Auffassungsverm?gen zufolge der st?ndigen Auseinandersetzung mit Traumafolgen beeintr?chtigt (S. 24). Die Arbeitsunf?higkeit betrage ab 6. Dezember 2007 50 % und nach einer Verschlechterung ab Januar 2008 65 % (S. 25). In Bezug auf die Vorakten erkl?rte Dr. E.____ (S. 25 f.), er stimme mit den Beurteilungen und Stellungnahmen zur Arbeitsf?higkeit der Rehaklinik C.____ sowie des Psychiatrie-Zentrums Y.____ weitgehend ?berein. Dagegen w?rde die Beurteilung von Dr. D.____ M?ngel aufweisen. Er sei der Ansicht, dass Dr. D.____ eine falsche diagnostische Schiene gew?hlt habe und darauf geblieben sei (S. 28 Mitte). Dabei werde mit fragw?rdigen Argumenten das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsst?rung ausgeschlossen. Es fehle die ?berlegung, ob eine sogenannte komplexe Belastungsst?rung vorliegen k?nnte, was bedeute, dass nicht ein umschriebenes Ereignis die St?rung ausgel?st habe, sondern dass schon in der Kindheit und ?ber Jahre viele Ereignisse traumatisch verarbeitet worden seien und ihre Spuren hinterlassen h?tten. V?llig falsch sei die Argumentation von Dr. D.____, dass beim Exploranden keine schweren Defizite vorliegen k?nnten, weil dieser zwischen 2005 und 2007 beschwerdefrei gewesen sei, ein Kind gezeugt und an beruflichen Massnahmen teilgenommen habe. Es sei im Gegenteil bekannt, dass traumatisierte Menschen lange kompensiert seien und ein labiles Gleichgewicht aus zun?chst nicht fassbaren Gr?nden pl?tzlich kippe. Ebenso fragw?rdig sei die Behauptung, dass keine Beeintr?chtigung zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte vorliege, zumal Dr. D.____ den Exploranden diesbez?glich gar nicht untersucht habe. Zusammenfassend erkl?rten Dr. E.____ und lic. phil. H.____ (?zum Gesamteindruck?, S. 29), das Gutachten von Dr. D.____ enthalte verh?ltnism?ssig wenige Angaben, die sich direkt mit dem Exploranden befassen w?rden. Das Gutachten von Dr. D.____ sei formal und inhaltlich ungen?gend, sei ungew?hnlich aufgebaut, wenig leserfreundlich, fehlerhaft, enthalte teilweise bedeutende L?cken und sei nicht in allen Teilen nachvollziehbar. Der Explorand werde schlecht hingestellt und f?rmlich diskreditiert. So schreibe Dr. D.____ beispielweise, dass der Explorand an seiner letzten Arbeitsstelle mit einem schlechten Arbeitszeugnis entlassen worden sei. Das entsprechende Zeugnis m?sse aber als gut bezeichnet werden. Suggestiert werde im entsprechenden Kommentar auch, dass der Beschwerdef?hrer bequem oder faul sei, weil er seiner Frau im Haushalt nicht helfe. Es zeige sich, dass Dr. D.____ f?r die Beurteilung von Kriegsopfern aus fremden Kulturen nicht ?ber die notwendige Kultursensibilit?t verf?ge.

3.13?? In ihren Gutachtenerg?nzungen hielten die Gutachter Dr. D.____ (Stellungnahmen vom 13. Juli 2010 [Urk. 9/80] und vom 3. Januar 2011 [Urk. 9/87]) und Dr. E.____ (Stellungnahme vom 24. September 2010, Urk. 9/84) an ihren erw?hnten sich widersprechenden Beurteilungen fest.

3.14?? Der behandelnde Arzt Dr. F.____ vermutete schliesslich am 5. Januar 2012 (Urk. 15), dass eine Medikamentenumstellung eine Zustandsverschlechterung mit erh?hter aggressiver Impulsivit?t bewirkt habe, welche teilweise auch die erfolgte T?tlichkeit gegen?ber der Ehefrau des Beschwerdef?hrers mitbedingt habe.

E. 4

4.1???? In psychischer Hinsicht liegen in Bezug auf Diagnosen und Arbeitsf?higkeit divergierende medizinische Beurteilungen vor. Vor allem aber das Gutachten von Dr. D.____, auf welches sich die Beschwerdegegnerin abst?tzt, ist umfassend, vollst?ndig und nachvollziehbar. Namentlich ber?cksichtigt es die geklagten Beschwerden und die medizinischen Vorakten, und es beruht auf sorgf?ltiger Untersuchung, welche unter Beizug einer Dolmetscherin (f?r die Sprache N.____, vgl. Gutachten S. 1, vgl. auch Urk. 9/80/4) beziehungsweise unter hinreichender sprachlicher Verst?ndigung durchgef?hrt wurde. Daf?r, dass die f?r eine Beurteilung der psychischen Situation notwendige Untersuchung von Dr. D.____ nicht unter Gew?hrleistung der sprachlichen Verst?ndigung vorgenommen worden w?re (so etwa Urk. 1 S. 11), liegen keine Anhaltspunkte vor. Zudem gab der behandelnde Arzt Dr. F.____ an, der Beschwerdef?hrer spreche mit Akzent Hochdeutsch und habe ihn (Dr. F.____) gen?gend verstehen k?nnen (Urk. 9/34/5 am Anfang). Im Weiteren werden im Lebenslauf des Beschwerdef?hrers gute m?ndliche Deutschkenntnisse angegeben (Urk. 9/54/5) und es erw?hnten die Gutachter Dr. E.____ und lic. phil. H.____ in ihrem Gutachten selber keinen Dolmetschereinsatz.

4.2???? Diagnostisch besteht nach der Beurteilung von Dr. D.____ eine Angst und depressive St?rung gemischt (ICD-10 F41.2), welche Beurteilung schl?ssig ist. Dagegen handelt es sich bei der vom Beschwerdef?hrer geltend gemachten posttraumatischen Belastungsst?rung gem?ss der massgeblichen Klassifikation (ICD-10 F43.1) um eine verz?gerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergew?hnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen w?rde, wobei die St?rung dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann (doch selten mehr als sechs Monate nach dem Trauma), folgt. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der F?lle kann jedoch eine Heilung erwartet werden (vgl. ICD-10 F43.1; vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], von der Weltgesundheitsorganisation [WHO] herausgegebene Internationale Klassifikation psychischer St?rungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Aufl., Bern 2005, S. 170). Dr. D.____ begr?ndete nachvollziehbar, weshalb keine posttraumatische Belastungsst?rung vorliege. Dabei f?hlt insbesondere auf, dass der Beschwerdef?hrer seit 1999 bis 2003 (vgl. Urk. 9/60/3; siehe auch Urk. 9/9) in einem vollen Pensum arbeitsf?hig gewesen war, weshalb die vom Beschwerdef?hrer geltend gemachte posttraumatische Belastungsst?rung (mit Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit) nicht nachvollziehbar ist beziehungsweise nicht bejaht werden kann.

4.3???? Gem?ss der Arbeitsf?higkeitsbeurteilung von Dr. D.____ besteht in psychischer Hinsicht eine volle Arbeitsf?higkeit in jeder T?tigkeit (Gutachten S. 23 Ziff. 6). Soweit sich der Beschwerdef?hrer auf die anderslautenden Stellungnahmen von Dr. E.____ und lic. phil. H.____ sowie der ?rzte der Rehaklinik C.____ und des Psychiatrie-Zentrums Y.____ beruft, auf welche die Gutachter Dr. E.____ und lic. phil. H.____ hinwiesen, vermag dies das Gutachten von Dr. D.____ nicht in Frage zu stellen. Denn die Stellungnahmen zur (psychisch bedingten) Arbeits(un)f?higkeit der Rehaklinik C.____ und des Psychiatrie-Zentrums Y.____ variieren, sind teilweise unklar beziehungsweise widerspr?chlich (vgl. auch vorerw?hnte nachvollziehbare W?rdigung der Vorakten durch Dr. D.____) und tragen nicht zu ber?cksichtigenden (vgl. E. 1.2.3 hiervor) psychosozialen Faktoren Rechnung (vgl. etwa Urk. 9/28/3 am Anfang i.V.m. 9/30/18-19).

Die Gutachter Dr. E.____ und lic. phil. H.____ setzten sich zudem zu wenig mit den Ressourcen des Beschwerdef?hrers auseinander, der wie erw?hnt, zuletzt von 1999 bis 2003

(voll-)erwerbstätig gewesen war (vgl. Urk. 9/60/3; siehe auch Urk. 9/9 und 9/80/3 Mitte).

4.4.4.4. Demnach ist in psychischer Hinsicht der medizinische Sachverhalt als erstellt zu betrachten. Von den mit Eventualbegehren beantragten weiteren Abklärungen (vgl. Urk. 1 S. 2) sind keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d).

E. 5

5.1.1.1. In somatischer Hinsicht stellte die Beschwerdegegnerin fest, dass dem Beschwerdeführer eine knieschonende behinderungsangepasste Tätigkeit spätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis beim Fussballspielen vom 6. Mai 2006 im Vollzeitpensum zumutbar gewesen sei (Urk. 2/1 S. 2). Dagegen bringt der Beschwerdeführer vor, er sei allein schon aufgrund des unfallbedingten somatischen Leidens ab dem Unfallzeitpunkt bis zur Erreichung des Endzustandes per 31. Oktober 2008 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen, weshalb (wenigstens) für den Zeitraum vom 1. Juni 2007 bis zum 31. Oktober 2008 der Anspruch auf eine Invalidenrente ausgewiesen sei (vgl. Urk. 14 S. 3 Ziff. 3).

5.2.2.2. Den medizinischen Unterlagen ist bei Ablauf der Wartezeit am 6. Mai 2007 (Urk. 9/15/3) einerseits zu entnehmen, dass der Operateur Dr. B. nach seiner Re-Arthroskopie vom 4. April 2007 (vgl. Urk. 9/30/54) zwar Physiotherapie mit Vollbelastung empfohlen hatte (vgl. Austrittsbericht vom 12. April 2007, Urk. 9/30/53), aber dennoch eine volle Zumutbarkeit einer für den Einkommensvergleich massgebenden - behinderungsangepassten Tätigkeit erst ab 9. Juli 2007 attestiert hatte (Urk. 9/7/5). In diesem zu Händen der IV-Stelle ausgefüllten Arztbericht gab Dr. B. an, die letzte Untersuchung habe am 3. Juli 2007 stattgefunden und bis zu diesem Datum habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % betragen. Letzteres bezweifelte Dr. J. vom RAD in seiner Stellungnahme vom 13. August 2007 im Feststellungsblatt für den Beschluss (Urk. 9/15/3): Er fand, die Angabe einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis heute sei medizinisch nicht nachvollziehbar. Weitere Abklärungen würden sich derzeit aber erbringen. Weiter ist zu konstatieren, dass Dr. B. am 23. August 2007 eine (weitere) stationäre Rehabilitation des Beschwerdeführers beantragte, weil verschiedenste Faktoren eine grosse Rolle spielten, dass der Heilungsverlauf eher zögerlich und eher unbefriedigend sei. Von Seiten des linken Kniegelenkes denke er, dass eine Heilung und Schmerzfreiheit erreicht werden sollte. Er bat deshalb die SUVA, den Versicherten nochmals aufzubieten und diesen schmerztherapeutisch und kräftigend zu behandeln (Urk. 9/30/48). Anscheinend war auch von Seiten der SUVA nach der Operation vom 4. April 2007 eigentlich ein Reha-Aufenthalt in C. vorgesehen gewesen; die Anmeldung war jedoch wegen einem Fehler offen gelassen worden (Urk. 9/30/47). Im fraglichen Agenda-Eintrag vom 26. September 2007 steht, es wäre nun dringend angezeigt, den Versicherten wieder in die Reha zu schicken: er sei arbeitslos, 100 % arbeitsunfähig und der allgemeine Arbeitsmarkt für ihn zuständig.

5.2.2.2. Vom 24. Oktober bis zum 29. November 2007 hielt sich der Versicherte schliesslich in der Rehaklinik C. auf. Gemäss dem Austrittsbericht vom 6. Dezember 2007 kann insgesamt von einer vollen Zumutbarkeit in einer den körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit spätestens ab dem Austritt aus der Rehaklinik C. am 29. November 2007 ausgegangen werden (vgl. Urk. 9/28/2-3; vgl. auch spätere Angabe einer vollen Zumutbarkeit einer körperlich leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit in den Berichten der Universitätsklinik O. (Wirbelsäulensprechstunde vom 2. Mai 2008 [Urk. 9/35/10] und Knieprechstunde vom 29. April 2008 [Urk. 9/35/11]).

5.3?? Offen bleibt bei dieser Aktenlage die tats?chliche physische Einschr?nkung der Arbeitsf?higkeit in angepasster T?tigkeit ab dem Ablauf der Wartezeit am 6. Mai 2007. Es l?sst sich deshalb weder rechtsgen?gend ausschliessen noch best?tigen, dass allenfalls ab 1. Mai 2007 ein Anspruch auf eine - wenn auch befristete - Rente entstanden ist. Die Sache ist demnach zwecks Durchf?hrung der erforderlichen Abkl?rung in Bezug auf die fragliche offene physische Arbeits(un)f?higkeit in angepasster T?tigkeit und hernach neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zur?ckzuweisen. Im Falle der (etwaigen) r?ckwirkenden Zusprache einer befristeten Rente w?re auch Art. 88a Abs. 1 IVV zu beachten, weshalb im Folgenden die angefochtene Verf?gung vom 24. August 2011 bez?glich der Invalidit?tsbemessung nur in grunds?tzlicher Hinsicht und unter der Annahme einer 100%igen Arbeitsf?higkeit - sp?testens ab 29. November 2007 - in einer der k?rperlichen Einschr?nkungen angepassten T?tigkeit ?berpr?ft werden kann.

E. 6

6.1???? Bei erwerbst?tigen Versicherten ist der Invalidit?tsgrad gem?ss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidit?t und nach Durchf?hrung der medizinischen Behandlung und allf?lliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare T?tigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen k?nnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen k?nnte, wenn sie nicht invalid geworden w?re (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernm?ssig m?glichst genau ermittelt und einander gegen?bergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invalidit?tsgrad bestimmen l?sst (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

????????? F?r die Bestimmung des Invalideneinkommens ist prim?r von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tats?chlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbst?tigkeit aufgenommen hat, so k?nnen nach der Rechtsprechung Tabellenl?hne gem?ss den vom Bundesamt f?r 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). ??

6.2????? Bei der Ermittlung des Valideneinkommens des zuletzt als Elektro-Hilfsmonteur erwerbst?tig gewesenen Beschwerdef?hrers

kann zu Gunsten des Beschwerdef?hrers auf den LSE-Tabellenlohn des Wirtschaftszweigs ?Baugewerbe? abgestellt (LSE 2006 TA1 Ziff. 45 Kategorie 4) und von einem hypothetischen Wert von Fr. 62'487.-- ausgegangen werden (Valideneinkommen entsprechend Urk. 1 S. 16 Ziff. 17; vgl. dagegen in Urk. 2/1 S. 2: Fr. 55'640.-- (Fr. 4'280 x 13 [vgl. Urk. 9/89/1 i.V.m. 9/16])).

????????? Das Vergleichseinkommen ?Invalideneinkommen? in angepasster T?tigkeit ist, da der Beschwerdef?hrer keine neue Erwerbst?tigkeit aufgenommen hat (vgl. Urk. 1 S. 16 Ziff. 17), ebenfalls anhand der LSE zu ermitteln. Der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) m?nnlicher Arbeitskr?fte im privaten Sektor f?r einfache und repetitive T?tigkeiten

(Anforderungsniveau 4) betrug im Vergleich (Jahr 2006) im Gesamtdurchschnitt Fr. 4'732.-- (LSE 2006, S. 225, Tabelle TA1 Total). Bei Umrechnung des auf 40 Wochenstunden basierenden Werts auf die im Referenzjahr betriebliche w?chentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 4-2013 S. 90 Tabelle B9.2) ergibt dies Fr. 4'933.10 pro Monat beziehungsweise Fr. 59'197.-- pro Jahr. Der von der Beschwerdegegnerin zugestandene behinderungsbedingte Abzug (zum Ganzen vgl. BGE 126 V 75) von 10 % blieb unbeanstandet und ist im Rahmen des Ermessens zul?ssig. Damit resultiert ein anrechenbares Invalideneinkommen von Fr. 53'278.--.

Bei Gegen?berstellung der Vergleichseinkommen von Fr. 62'487.-- und Fr. 53'278.-- ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 9'209.-- respektive ein rentenausschliessender Invalidit?tsgrad von 15 %.

???????

Zu pr?fen bleibt die weitere R?ge des Beschwerdef?hrers, es seien ihm zu Unrecht berufliche Eingliederungsmassnahmen verweigert worden. Dabei beantragte der Beschwerdef?hrer namentlich Umschulung auf eine neue T?tigkeit und Berufsberatung (vgl. Anmeldung von Juni 2007, Urk. 9/3/6 Ziff. 7.8). Rechtsprechungsgem?ss setzt der Anspruch auf Umschulung einen - vorliegend nicht erreichten - Invalidit?tsgrad von etwa 20 % voraus (BGE 130 V 491; 124 V 108 E. 2b S. 110 f.; SVR 2006 IV Nr. 15 S. 53, I 18/05 E. 2; AHI 2000 S. 61), weshalb kein entsprechender Anspruch besteht.

Arbeitsunf?hige (Art. 6 ATSG) Versicherte, welche eingliederungsf?hig sind, haben gem?ss Art. 18 Abs. 1 lit. a IVG Anspruch auf aktive Unterst?tzung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes. Da jedoch Dr. D.____ in seinem Gutachten (vom 26. September 2009) in Bezug auf berufliche Massnahmen oder Integrationsmassnahmen angab, beim Beschwerdef?hrer sei von einer deutlich geringen Motivation auszugehen (S. 24 Ziff. 8), und da dem Beschwerdef?hrer bereits ?hnliche Angebote gew?hrt worden waren (vgl. Kursr?ckmeldung ?Strategiekurs: Bewerbungstechnik? vom 13. Februar 2009 [Urk. 9/54]), ist die Ablehnung von beruflichen Massnahmen insgesamt nicht zu beanstanden.

Nach Art. 45 Abs. 1 ATSG ?bernimmt der Versicherungstr?ger die Kosten der Abkl?rung unter anderem, wenn die Abkl?rungsmassnahmen f?r die Beurteilung des Anspruchs des Versicherten unerl?sslich waren. Vorliegend war der medizinische Sachverhalt in Bezug auf die psychischen Einschr?nkungen aufgrund des Gutachtens von Dr. D.____ bereits gen?gend gekl?rt, weshalb -entgegen dem Antrag des Beschwerdef?hrers (Urk. 1 S. 2) - kein Anspruch auf Verg?tung der Kosten des Gutachtens der Dr. E.____ und lic. phil. H.____ besteht.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verf?gung vom 24. August 2011 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Z?rich, IV-Stelle, zur?ckgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abkl?rung im Sinne der Erw?gungen, neu verf?ge. Im ?brigen wird die Beschwerde abgewiesen.

E. 10

10.1?? Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabh?ngig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Der Beschwerdef?hrer hat gemessen an seinem Antrag (insbesondere

Invalidenrente aufgrund psychischer Beschwerden) nur in einem kleinen Mass obsiegt (Rückweisung der Sache zur Prüfung einer etwaigen befristeten Rente aufgrund physischer Einschränkungen in angepasster Tätigkeit). In Anbetracht dessen sind ihm die Gerichtskosten zu vier Fünfteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Fünftel aufzuerlegen.

10.2?? 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).

Nachdem der Beschwerdeführer nur zu einem kleinen Teil obsiegt, rechtfertigt es sich, ihm eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 24. August 2011 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. Im übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.???????? Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer zu vier Fünfteln sowie der Beschwerdegegnerin zu einem Fünftel auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.???????? Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Reto Zanotelli
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (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 H?nden hat (Art. 42 BGG).

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