

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00559 vom 31. August 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2004.00559

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00559 du 31 août 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00559 del 31 agosto 2005

Erwägungen

E. 1

1.1 Die massgebenden rechtlichen Bestimmungen, insbesondere betreffend den Invaliditätsbegriff (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG; Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG), die Invaliditätsbemessung (Art. 16 ATSG, Art. 28 IVG) sowie den Beweiswert medizinischer Berichte, sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1 f.). Darauf kann verwiesen werden.

1.2 Eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche vermag rechtsprechungsgemäss in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken (BGE 130 V 353 Erw. 2.2.3). Ein Abweichen von diesem Grundsatz fällt nur in jenen Fällen in Betracht, in denen die festgestellte somatoforme Schmerzstörung nach Einschätzung des Arztes eine derartige Schwere aufweist, dass der versicherten Person die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt bei objektiver Betrachtung sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder dies für die Gesellschaft gar untragbar ist. Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt jedenfalls das Vorliegen 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 voraus. Kriterien für die ausnahmsweise Unüberwindlichkeit der somatoformen Schmerzstörung sind:

(1) chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission

(2) ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens

(3) ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn, "Flucht in die Krankheit")

(4) unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person.

E. 2

2.1. Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt, gestützt auf das ZMB-Gutachten vom 23. Januar 2003 sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen, so dass keine Invalidität im Rechtssinne vorliege und weder ein Anspruch auf berufliche Massnahmen noch ein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2 S. 2 f.).

2.2. Der Beschwerdeführer stellte sich auf den Standpunkt, auf das ZMB-Gutachten könne nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 2), da darin im Zusammenhang mit dem Unfall ein Kopfanprall und eine Commotio cerebri zu Unrecht nur als möglich angenommen worden seien (Urk. 3/1 S. 3 ff. Ziff. 5).

2.3. Strittig ist mithin, ob die vorhandenen medizinischen Beurteilungen, insbesondere das ZMB-Gutachten, zur Entscheidungsfindung ausreichen und - bejahendenfalls - ob die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in anspruchsrelevantem Ausmass eingeschränkt ist.

E. 3

3.1. Am 10. August 2000 stiess der Beschwerdeführer mit seinem Motorroller seitlich mit einem Personenwagen zusammen und stürzte auf die Strasse, wobei er sich Schürfungen auf der rechten Körperseite zuzog und Schmerzen im rechten Bein, Knie, Oberarm und der rechten Schulterregion bemerkte. Er wurde im Stadtspital B. ambulant behandelt und suchte danach seinen Hausarzt auf (Urk. 7/66/2 Beilage S. 7 Ziff. 2.3): Dieser diagnostizierte einen Status nach Motorradunfall am 10. August 2000 (richtig: 2001) mit leichter Commotio cerebri und multiplen Schürfungen und Prellungen und überwies den Beschwerdeführer am 4. September 2000 zur Weiterbehandlung an Dr. med. D., Spezialarzt für Neurologie FMH (Urk. 7/19; vgl. Urk. 7/23).

3.2. Dr. D. überwies den Beschwerdeführer zur Abklärung persistierender Schulterschmerzen an Dr. med. E., orthopädische Chirurgie FMH, der am 12. Januar 2001 berichtete, er habe eine aktiv freie Schulterbeweglichkeit gefunden. Der Beschwerdeführer habe über ein Knacken in der Halswirbelsäule (HWS), im Schultergelenk und im rechten Handgelenk berichtet, das passiv kaum reproduziert werden könne. Die Untersuchungen seien endphasig etwas schmerzhaft gewesen (Urk. 7/24 S. 1). Er - Dr. E. - glaube eher, dass die Befunde in eine allgemeine Verspanntheit hineingefüchten (Urk. 7/24 S. 1 unten).

Die Beschwerdeführerin ist nicht glücklich mit seiner Feststellung gewesen, die einzig richtig vernünftige Therapie wäre jetzt endlich ein Arbeitsversuch: Hier habe ich mich etwas ins Fettnäpfchen gesetzt, womit die Richtung der Beschwerden vielleicht etwas definiert werden konnte (Urk. 7/24 S. 2 oben).

3.3. Am 9. März 2001 berichtete Dr. D., er habe mit dem Beschwerdeführer die Möglichkeiten der Arbeitsaufnahme eingehend besprochen und es habe sich gezeigt, dass auch angesichts der klinischen Befunde nach wie vor eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe (Urk. 7/23 = Urk. 7/17/4 je S. 2 oben).

3.4. Vom 7. August bis 4. September 2001 weilte der Beschwerdeführer in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik F.; in deren Austrittsbericht vom 6. Oktober 2001 (Urk. 7/21 = Urk. 7/17/3) wurde folgende Diagnose gestellt (Urk. 7/21 S. 1):

- Zervikospondylogenes und zervikocephales Syndrom

- HWS-Distorsionstrauma am 10. August 2000 mit leichter Commotio cerebri
- globale Haltungsinsuffizienz
- Symptomausweitung

Der Beschwerdeführer habe an allen Therapien teilgenommen, die Kooperation sei schwankend gewesen, der Beschwerdeführer habe grosse Mühe gehabt, Grenzen und strukturelle Gegebenheiten zu akzeptieren. Aus neuropsychologischer Sicht könne der Beschwerdeführer als verhältnismässig gut belastbar eingestuft werden. Die allgemeine Belastbarkeit sei jedoch reduziert; der Beschwerdeführer gebe rasch auf, wenn etwas nicht auf Anhieb gelinge, und stufe sich selbst als wenig leistungsfähig ein. Empfohlen sei eine weiterführende ambulante Psychotherapie (Urk. 7/21 S. 2). Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 7. August bis 9. September 2001 und eine solche von 50 % vom 10. bis 30. September 2001 attestiert (Urk. 7/21 S. 2 unten).

3.5 In seinem Bericht vom 4. Januar 2002 (Urk. 7/18) diagnostizierte Dr. D. ___ einen Status nach HWS-Trauma und Commotio cerebri am 10. August 2000 (Urk. 7/18 S. 1 lit. A). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 10. August 2000 bis 9. September 2001 und eine solche von 50 % ab 10. September 2001 bis auf weiteres (Urk. 7/18 S. 1 lit. B) und führte aus, die Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei schwierig umzusetzen, da der Beschwerdeführer immer wieder diverse Beschwerden ins Feld führt, die ihn an der AF hindern würden; längerfristig sollte eine höhere Arbeitsunfähigkeit als 50 % realisierbar sein (Urk. 7/18 S. 2 lit. D7).

In seinem Bericht 28. Februar 2002 (Urk. 7/17/1) machte Dr. D. ___ betreffend Diagnose und Arbeitsunfähigkeit die gleichen Angaben. In der medizinischen Beurteilung der Arbeitsbelastbarkeit gleichen Datums (Urk. 7/17/2) erachtete er eine Erwerbstätigkeit in der bisherigen Tätigkeit halbtags als zumutbar; eine behinderungsangepasste Tätigkeit (gewisse Hebe- und Traglimiten; kein ausschliessliches Sitzen, Stehen oder Gehen) sei ab Herbst 2002 ganztags zumutbar. Im posttraumatischen Verlauf habe sich eine Belastungsstörung entwickelt, was die Wiedereingliederung erschwere (Urk. 7/17/2 S. 2 oben).

Am 19. Juli 2002 berichtete Dr. D. ___, der weitere Heilungsverlauf sei unverändert schlecht geblieben mit wechselhaftem Auftreten von Nacken- und Kopfschmerzen, so dass eine Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit bis heute nicht möglich gewesen sei. Gemäss der Aussage des Beschwerdeführers habe dieser eine in Aussicht stehende Stelle nicht annehmen können, weil bei der geforderten Präsenzzeit von bis zu 12 Stunden pro Tag mit erheblichen Schmerzrezidiven und entsprechenden Arbeitsausfällen gerechnet werden müsse (Urk. 7/15).

3.6 Am 23. Januar 2003 erstatteten Dr. med. H. ___, Facharzt Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. I. ___, Facharzt Psychiatrie, Zentrum für medizinische Begutachtung (ZMB) ein Gutachten im Auftrag des Unfallversicherers (Urk. 7/66/2 Beilage).

Das Gutachten basierte auf den vorhandenen Akten (Urk. 7/66/2 Beilage S. 1-5) und eigenen Untersuchungen des Beschwerdeführers, der vom 9. bis 13. Dezember 2002 im ZMB weilte (Urk. 7/66/2 Beilage S. 1 Mitte), aus allgemein- und internmedizinischer (Urk. 7/66/2 Beilage S. 9 f.), orthopädischer (Urk. 7/66/2 Beilage S.

10 ff.), neurologischer (Urk. 7/66/2 Beilage S. 13 ff.), psychiatrischer (Urk. 7/66/2 Beilage S. 17 ff.) und neuropsychologischer (Urk. 7/66/2 Beilage S. 21 ff.) Sicht.

Der Beschwerdeführer nannte in erster Linie dauernde ziehende, in den Hinterkopf ausstrahlende Nackenschmerzen, sodann intermittierend in den linken Arm ausstrahlende Schmerzen und lumbale Rückenschmerzen ohne Ausstrahlungen. Die Schulterschmerzen rechts hätten gebessert; zeitweise spüre er keine Schmerzen. Der Schlaf sei schmerzbedingt gestört; Wetterwechsel und Lastenheben führten zu einer Schmerzzunahme (Urk. 7/66/2 Beilage S. 8 unten). Ab und zu habe er verschwommenes Sehen festgestellt, leide intermittierend auch unter Ohrenscherzen sowie häufig unter Unwohlsein, selten Erbrechen, verspüre leichten ungerichteten Schwindel. Das Gedächtnis und die Konzentration hätten seit dem Unfall stark abgenommen (Urk. 7/66/2 Beilage S. 9 oben).

Aus orthopädischer Sicht konnten die Beschwerden des Beschwerdeführers nicht objektiviert werden (Urk. 7/66/2 Beilage S. 12 unten). Neurologisch wurde festgehalten, dass bildgebend keine Hinweise für eine traumatische Läsion der HWS, im spinalen Cervikalbereich oder des Plexus cervicobrachialis bestanden. Der sehr protrahierte Heilungsverlauf mit dem persistierenden cervicocephal betonten Schmerzsyndrom mit vielfältigen weiteren Symptomen und ohne neurologische Ausfälle sei wohl wesentlich beeinflusst durch eine mangelhafte Schmerzbewältigung bei schwieriger sozialer Situation besonders im beruflichen Bereich im Rahmen einer psychischen Fehlentwicklung (Urk. 7/66/2 Beilage S. 16 unten). Die psychiatrische Beurteilung ergab, dass der Beschwerdeführer im Psychostatus multiple Symptome gezeigt habe, die von ihrer Zusammensetzung, Charakteristik und Ausprägung ebenso wie von ihrer Wechselhaftigkeit eindeutig für eine psychosomatische Symptomatik beziehungsweise psychosomatische Überlagerung allerfalliger organischer Befunde sprächen (Urk. 7/66/2 Beilage S. 20). Die Erinnerungslücke von kurzer Dauer, die der Beschwerdeführer angebe, betreffe die Zeit zwischen Kollision und Aufprall auf dem Boden, also vor dem möglichen Anschlagen des Kopfes, was überwiegend wahrscheinlich für einen psychogenen Blackout und gegen eine organisch bedingte Lücke spreche (Urk. 7/66/2 Beilage S. 20 unten).

Es wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 7/66/2 Beilage S. 24 Ziff. 4.4):

- Status nach Verkehrsunfall am 10. August 2000 mit
- Kniekontusion rechts
- LWS-Kontusion
- Hautabschürfungen am rechten Ellbogen und rechten Knie
- Schulterkontusion rechts
- möglicher HWS-Distorsion
- möglicher Commotio cerebri
- Somatoforme Störung
- Differentialdiagnose: Angabe körperlicher Symptome aus psychischen Gründen

Im somatischen Bereich hätten sich keine organischen pathologischen Befunde gezeigt, welche die vom Beschwerdeführer geklagten multiplen Beschwerden hätten erklären können. Die angegebenen Beschwerden seien im Zusammenhang mit einer Schmerzfehlverarbeitung beziehungsweise einer somatoformen Störung zu verstehen; als Differentialdiagnose sei eine Angabe körperlicher Symptome aus psychischen Gründen in Erwägung zu ziehen. Diese psychosomatische Entwicklung sei überwiegend wahrscheinlich durch den Unfall vom 10. August 2000 ausgelöst worden (Urk. 7/66/2 Beilage S. 25 Ziff. 4.5).

Der Beschwerdeführer sei auf somatischer Ebene ab sofort vollständig arbeitsfähig, sowohl im angestammten Beruf als auch in anderen zumutbaren Tätigkeiten; diesbezüglich bestünden keine medizinisch begründbaren Einschränkungen. Im psychosomatischen Bereich stellten sich die Gutachter auf den Standpunkt, es könne dem Beschwerdeführer die Willensanstrengung zur Überwindung des psychosomatischen Leidens zugemutet werden; er könne jegliche Tätigkeit ohne irgendeine Gefährdung seiner Gesundheit auf körperlicher oder seelischer Ebene ausüben (Urk. 7/66/2 Beilage S. 26 Ziff. 4.6).

4.1.1

Die polydisziplinäre Begutachtung im ZMB ergab im Januar 2003 einen Status nach Verkehrsunfall vom 10. August 2000 und eine somatoforme Störung. Für die angegebenen Beschwerden fanden sich keine sie erklärenden organischen pathologischen Befunde und auf somatischer Ebene wurde dem Beschwerdeführer eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit attestiert. Die angegebenen Beschwerden wurden als Ausdruck einer somatoformen Störung und dieses psychosomatische Leiden als zumutbarerweise überwindbar beurteilt.

Dr. E. hatte schon im Januar 2001 die von ihm erhobenen (bescheidenen) Befunde im Rahmen einer allgemeinen Verspanntheit interpretiert und zum Ausdruck gebracht, dass die geklagten Beschwerden auch im Zusammenhang mit dem Ausmass der Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers zu sehen seien (vgl. Urk. 7/24 S. 1 f.). Im Austrittsbericht der Rheuma- und Rehabilitationsklinik F. vom Oktober 2001 wurde unter anderem eine Symptomausweitung diagnostiziert und darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer rasch aufgeben, wenn etwas nicht gelinge, und sich selbst als wenig leistungsfähig einstufe (vgl. Urk. 7/21 S. 2). Dr. D. wies im Februar 2002 auf eine psychische Problematik - von ihm als Belastungsstörung bezeichnet - hin, welche die Wiedereingliederung erschwere (vgl. Urk. 7/17/2 S. 2 oben).

Diese übereinstimmenden Feststellungen in früher erfolgten Beurteilungen lassen die Diagnose einer somatoformen Störung, die im übrigen im Rahmen einer fachpsychiatrischen Begutachtung gestellt wurde, noch überzeugender erscheinen.

Die beschwerdeweise erhobenen Einwände gegen die Aussagekraft des ZMB-Gutachtens betreffen weder eines der Merkmale für den Beweiswert medizinischer Beurteilungen (vgl. Urk. 2 S. 2 unten) noch die Begründetheit der gestellten Diagnose oder der vorgenommenen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

Sie betreffen vielmehr die Frage, ob es beim Unfall vom 10. August 2000 mit Sicherheit, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit oder nur möglicherweise

zu einem Kopfanprall und zu einer Comotio cerebri gekommen sei (vgl. Urk. 3/1 S. 3 ff. Ziff. 5). Ein Zusammenhang zwischen dieser Frage und der Feststellung, dass sich für die geklagten mannigfachen Beschwerden kein organisches Substrat hat finden lassen und sie nur im Rahmen einer somatoformen Störung nachvollziehbar sind, ist jedoch - auch in den Ausführungen des Beschwerdeführers - nicht ersichtlich. Anhaltende oder später dazugesetzte Beschwerden sind, ob mit oder ohne Kopfanprall oder Comotio im August 2000, psychosomatischer Art, weshalb dieser Aspekt des Unfallherganges nicht weiter zu vertiefen ist.

4.3 Der behandelnde Dr. D. ___ attestierte dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit ab 10. September 2001 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit ab Herbst 2002 eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. vorn Erw. 3.5). Demgegenüber bestand gemäss Austrittsbericht der Rheuma- und Rehabilitationsklinik F. ___ vom Oktober 2001 in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % nur bis Ende September 2001 (vgl. vorn Erw. 3.4) und gemäss der Einschätzung der ZMB-Gutachter bestand jedenfalls im Untersuchungszeitpunkt (Dezember 2002) eine volle Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit (vgl. vorn Erw. 3.6).

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. D. ___ basierte offensichtlich weitgehend auf der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers. So berichtete Dr. D. ___ selber, der Beschwerdeführer führe immer wieder diverse Gründe ins Feld, die ihn an der Arbeitsfähigkeit hindern würden (Urk. 7/18 S. 2 lit. D7). Ebenso war es im Juli 2002 nicht etwa Dr. D. ___, sondern der Beschwerdeführer, der als Grund für das Nichtannehmen einer Stelle angab, dass mit starken Schmerzrezidiven und entsprechenden Arbeitsausfällen gerechnet werden müsse, was Dr. D. ___ wiedergab, ohne eine eigene Beurteilung vorzunehmen (Urk. 7/15). Zur ausgeprägten subjektiven Schonhaltung des Beschwerdeführers liess Dr. D. ___ keinerlei objektivierende Distanz erkennen, obwohl bereits Dr. E. ___ die Problematik deutlich erwähnt hatte (vgl. Urk. 7/24 S. 2 oben) und er in Kenntnis des Austrittsbericht der Rheuma- und Rehabilitationsklinik F. ___ gewesen ist, wo ebenfalls auf die nicht ausreichende Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers hingewiesen wurde (vgl. Urk. 7/21 S. 2). Dass Dr. D. ___ sich im Ergebnis der jeweiligen Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers angeschlossen hat, lässt sich mit seiner auftragsrechtlichen Vertrauensstellung als behandelnder Arzt wohl erklären, lässt diese aber auch gleichzeitig sehr deutlich hervortreten. Unter diesen Umständen kann auf seine Beurteilung nicht abgestellt werden (vgl. BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

Somit ist hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers den übrigen Beurteilungen zu folgen und von einer vollen Arbeitsfähigkeit ab 1. Oktober 2001 auszugehen.

4.4 Rechtsprechungsgemäss kann im Falle einer somatoformen Störung, wie sie hier vorliegt, nur ausnahmsweise von der Nichtüberwindbarkeit der Härten, die einer Arbeitsaufnahme entgegenstehen, ausgegangen werden (vgl. vorstehend Erw. 1.2).

Eine neben der somatoformen Störung bestehende psychische Beeinträchtigung von Krankheitswert ist in keinem Zeitpunkt diagnostiziert worden, womit es an der geforderten psychischen Komorbidität mangelt. Auch für das Erfülltsein der alternativ massgeblichen Zusatzkriterien fehlen jegliche Anhaltspunkte.

Es ist im Gegenteil geradezu augenfällig, dass - mit Ausnahme der aus den erwähnten Gründen diesbezüglich nicht überzeugenden Beurteilung durch Dr. D.____ (vgl. vorstehend Erw. 4.3) - alle mit dem Beschwerdeführer befassten Ärztinnen und Ärzte übereinstimmend die entsprechende Willensanstrengung als dem Beschwerdeführer zumutbar erachtet haben, ohne allerdings bei ihm Gehör zu finden.

Mithin ist auch die zentrale Schlussfolgerung im ZMB-Gutachten, wonach es dem Beschwerdeführer zumutbar wäre, aus eigener Anstrengung die psychosomatisch bedingten Beeinträchtigungen zu überwinden, nachvollziehbar und überzeugend. Daraus folgt, dass auch die Feststellung einer vollen Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit schlüssig und gerechtfertigt ist.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vorhandenen medizinischen Beurteilungen den praxisgemässen Kriterien entsprechen und eine Entscheidungsfindung erlauben, ohne dass zusätzliche Abklärungen erforderlich wären. Gestützt auf diese Beurteilungen ist von einer vollen Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit auszugehen, womit weder ein Anspruch auf berufliche Massnahmen noch ein Rentenanspruch besteht.

Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechts, womit die Beschwerde abzuweisen ist.

Mit Honorarnote vom 27. Juni 2005 hat der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers einen Aufwand von 11,75 Stunden und Barauslagen von Fr. 74.-- geltend gemacht (Urk. 10), wobei sich dies auf das vorliegende Verfahren und das ebenfalls mit Urteil vom heutigen Tag erledigte Verfahren des Beschwerdeführers gegen den Unfallversicherer bezieht, mithin hier zur Hälfte abzugelten ist. Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) resultiert ein Gesamtbetrag von Fr. 2'610.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer), so dass dem unentgeltlichen Rechtsbeistand des Beschwerdeführers im vorliegenden Verfahren Fr. 1'305.-- aus der Gerichtskasse zu bezahlen sind.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Michael Ausfeld, Zürich, wird für seine Bemühungen mit Fr. 1'305.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Michael Ausfeld
 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
 - Bundesamt für Sozialversicherungsowie an
 - die Gerichtskasse

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht

werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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