

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00238 vom 25. Januar 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-01-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.00238

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00238 du 25 janvier 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00238 del 25 gennaio 2006

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Beschwerdeführer macht in seiner Beschwerde geltend, die Beschwerdegegnerin habe seinen Gehaltsanspruch verletzt, indem auf seine Einwände gegen einen ärztlichen Bericht im Einspracheentscheid nicht eingegangen worden sei (Urk. 1 S. 10). Damit rügt der Beschwerdeführer, die Beschwerdegegnerin sei ihrer Begründungspflicht (Art. 52 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) nur mangelhaft nachgekommen. Dieser formelle Einwand gegen das vorinstanzliche Verfahren ist vorab zu präfen.

1.2 Dass Einsprachentscheide zu begründen sind, ergibt sich aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör. Die Begründung muss wenigstens kurz die Überlegungen nennen, von denen sich die Einspracheinstanz leiten liess und auf welche sich ihr Entscheid stützt. Aus ihr muss jedenfalls ersichtlich sein, ob die Behörde ein Vorbringen der Partei für unzutreffend beziehungsweise unerheblich hält oder ob sie es überhaupt nicht in Betracht gezogen hat. Werden durch die Partei Einwände vorgebracht, muss aus der Begründung zu entnehmen sein, dass eine Auseinandersetzung damit stattgefunden hat (Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 52 Rz 21).

Im Lichte dieser Erwägungen kann nicht gesagt werden, die Beschwerdegegnerin habe den Gehaltsanspruch des Beschwerdeführers verletzt, denn an die Begründungsdichte von Einspracheentscheiden sind keine allzu hohen Anforderungen zu stellen. Vorliegend geht aus dem angefochtenen Einspracheentscheid hervor, auf welche Überlegungen die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid stützt und es findet auch eine kurze Auseinandersetzung mit einem Teil der medizinischen Akten statt (Urk. 2 S. 2). Jedenfalls liegt keine Verletzung der Begründungspflicht vor.

E. 2

2.1 Die Verwaltung hat die massgebenden Gesetzesbestimmungen über die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG), die Bemessung der Invalidität (Art. 28 Abs. 2 IVG, gültig gewesen bis Ende 2002, und Art. 16 ATSG), den Beginn des Rentenanspruchs (Art. 29 IVG), den Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit (Art. 29ter der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) sowie die Rechtsprechung zur Aufgabe der ärztlichen Fachleute in der Begründung der angefochtenen Verfügung beziehungsweise des angefochtenen Einspracheentscheids zutreffend wiedergegeben (Urk. 8/16 S. 1 und Urk. 2 S. 1 f.). Darauf kann, mit den nachstehenden Ergänzungen, verwiesen werden.

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

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 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 konnte; 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 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

2.3 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 in Verbindung mit Art. 7 f. ATSG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken. 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 (BGE 130 V 353 ff. Erw. 2.2).

Das Ausmass der durch eine somatoforme Schmerzstörung bewirkten Arbeitsunfähigkeit wird grundsätzlich gestützt auf ein psychiatrisches Gutachten festgelegt (BGE 131 V 49, 130 V 399 Erw. 5.3.2).

Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 127 V 299 Erw. 5 unter Hinweis auf die Rechtsprechung präzisierend festgehalten hat, versichert Art. 4 Abs. 1 IVG (seit 1. Januar 2003: in Verbindung mit Art. 8 ATSG) zu Erwerbsunfähigkeit führende Gesundheitsschäden, worunter soziokulturelle Umstände nicht zu begreifen sind. Es braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlich schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung mit Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von soziokulturellen Belastungssituationen zu unterscheidende und in diesem Sinne selbständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 299 Erw. 5a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

3.1.1

Strittig und zu präzisieren ist die Befristung der Rente bis 30. April 2004 beziehungsweise der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers ab 1. Mai 2004.

Die behandelnden Ärzte des Universitätsspitals R., Dept. Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, in welchem der Beschwerdeführer unfallbedingt vom 7. bis 14. März 2002 hospitalisiert war, diagnostizierten am 21. März 2002 eine Gehirnerschütterung sowie ein diffuses muskuloskeletales Schmerzsyndrom mit subjektiven Hypästhesien beziehungsweise Dysästhesien ohne klare somatische Zuordnung. Der Beschwerdeführer sei bei der Arbeit auf der Baustelle von einem herunterfallenden Pickel am Kopf getroffen worden, was zu einer initialen Bewusstlosigkeit geführt habe. Die initiale Abklärung im Schädelcomputertomographen (CT) habe

keine intrakraniellen Verletzungen ergeben. Weitere Abklärungen mittels CT und MRI hätten keine pathologischen Befunde gezeigt (Urk. 8/24/3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf Anfrage durch die Beschwerdegegnerin diagnostizierte Dr. B.____, Assistenzarzt, R.____, Chirurgie am 22. April 2003 ebenfalls ein diffuses muskuloskelettales Schmerzsyndrom mit subjektiven Hypästhesien beziehungsweise Dysästhesien ohne somatische Zuordnung bestehend seit 7. März 2002 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Gehirnerschütterung (Urk. 8/24/1 S. 1 lit. A). Er attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 7. bis 20. März 2002 (Urk. 8/24/1 S. 1 lit. B). Ab 22. April 2003 sei ihm eine ganztägige Erwerbstätigkeit in der bisherigen Berufstätigkeit zumutbar (Urk. 8/24/2 S. 2).

3.3 Ä Ä Ä Ä Die behandelnden Ärzte der Rehaklinik S.____, wo der Beschwerdeführer vom 24. April bis 19. Juni 2002 stationär behandelt wurde, diagnostizierten in ihrem Austrittsbericht vom 10. Juli 2002 eine traumatische Hirnverletzung sowie vor allem eine Somatisierungsstörung (ICD 10: F 45.1) und ein diffuses muskuloskelettales Schmerzsyndrom mit Hypästhesien, Dysästhesien ohne klare somatische Zuordnungsmöglichkeit (Urk. 8/125 S. 1). Sie gaben an, der Unfall vom 5. März 2002 mit einer Schlagverletzung des Kopfes habe zu einer eindeutigen traumatischen Hirnverletzung geführt; ein Substanzverlust habe aber nicht nachgewiesen werden können. Es persistiere eine unklare neuropsychologische Störung bei vermutlicher Somatisierungsstörung und appellativ agierendem Krankheitsverhalten. Aufgrund der psychosomatischen Probleme sei der Beschwerdeführer physisch und psychisch vermindert belastungsfähig. Konzentration und Ausdauer seien vermindert und anhaltende Tätigkeiten könnten nicht ausgeführt werden. Eine körperliche Betätigung führe grossteils zu einer Zunahme der Schmerzsymptomatik. Aufgrund der psychosomatischen Krankheitskomponente sei der Beschwerdeführer derzeit nicht arbeitsfähig; es bestehe ein sozialer Rückzug, Aufgabe der Freizeitgestaltung und eine fehlende Tagesstrukturierung (Urk. 8/125 S. 3).

3.4 Ä Ä Ä Ä Dr. med. D.____, Facharzt Innere Medizin und Arbeitsmedizin FMH, hielt zu Händen der Bezirksanwaltschaft Pfäffikon am 5. Februar 2003 fest, der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall am 5. März 2002 körperlich und psychisch unauffällig gewesen. Seit dem Unfall habe er sich insgesamt in seiner Art sehr verändert. Er habe praktisch ständig Kopfschmerzen sowie Nacken- und Rückenschmerzen. Ausserdem habe er bei Bewegungen Schmerzen im ganzen Brustgebiet und auf der linken Rumpfhälfte und in der linksseitigen unteren Extremität. Es bestehe eine Gehunsicherheit wegen den Schwindelgefühlen. Seit dem Unfall habe der Beschwerdeführer oft eine gewisse Schiel-Augenhaltung, die mäßigkeitsabhängig sei. Er leide unter Symptomen, die ähnlich wie bei einem Halswirbelsäulenschleudertrauma seien: Schwindel, Konzentrationsstörung, rasche Erschöpfung beim Lesen, Schreiben, bei Computertätigkeit und beim Fernsehen. Die ständig mehr oder weniger stark vorhandenen Schmerzen sowie die Unmöglichkeit, die bisherige Tätigkeit auszuüben oder sich aktuell in einer neuen Tätigkeit einschulen zu lassen, hätten zu einer reaktiven starken depressiven Veränderung geführt. Der Unfall bedeute für den Beschwerdeführer einen starken negativen Einschnitt in sein Leben. An eine Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit sei sowohl mittel- wie wahrscheinlich auch langfristig nicht zu denken und die Möglichkeit einer Umschulung stehe noch für

Monate vollständig offen (Urk. 8/116 S. 2 f.).

3.5 Die konsultierten Ärzte des R.____, Interdisziplinäre Schmerzprechstunde, welche den Beschwerdeführer am 23. Januar 2004 anästhesiologisch, neurologisch und rheumatologisch-orthopädisch untersuchten, stellten folgende Diagnosen (Urk. 8/75 S. 4 unten):

■- Chronische Schmerzerkrankung (Erstmanifestation 7/2000)

-Status nach 2 Arbeitsunfällen mit Commotio cerebri 28.7.2000 und 5.3.2002; Schichtbildgebung mit CT und MRI Schädel, HWS, BWS und LWS 3/2000 und 6/2002 mit Normalbefund, EEG 3/2002 ohne epilepsieverdächtige Potentiale

-Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung mit Symptomausweitung

- Linksbetonte Innenohrschwerhörigkeit mit persistierender Tinnitus.

Sie berichteten, seit zwei Arbeitsunfällen im Juli 2000 und März 2002 bestehe eine chronische Schmerzerkrankung. Schmerzbedingt seien auch geringe Alltagsbelastungen nicht mehr möglich. Aufgrund von Klinik- und Zusatzbefunden ergäben sich aus rheumatologischer Sicht keine Hinweise für eine chronisch-entzündliche Systemerkrankung oder für eine metabolische beziehungsweise neoplastische Grunderkrankung. Neurologisch fanden sich ebenfalls keine Anhaltspunkte für eine symptomerkennende Erkrankung des Nervensystems. In einer ausföhrlichen Schichtbildgebung von Schädel und sämtlichen Wirbelsäulenabschnitten hätten sich keine posttraumatischen strukturellen Läsionen nachweisen lassen. Die diffuse und multifforme Verteilung der Schmerzen lasse sich aus organischer Sicht nicht erklären, so dass der Verdacht auf eine zusätzliche funktionell-somatoforme Schmerzausweitung bestehe. Eine Stellungnahme zur Unfallkausalität oder Arbeitsfähigkeit sei im Rahmen der interdisziplinären Schmerzprechstunde nicht möglich (Urk. 8/75 S. 5).

3.6 Am 13. Mai 2003 erstattete Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, sein im Auftrag der SUVA erstelltes Gutachten (Urk. 8/23). Dr. E.____ hielt fest, es finde sich ein äusserst komplexes psychopathologisches Zustandsbild: eine chronifizierte somatoforme Störung mit erheblicher Symptomausweitung, eine depressive Entwicklung mit Stressintoleranz, eine hypochondrisch-ängstliche Selbstwertregulation, ferner ein reaktiver sozialer Rückzug mit Vereinsamung und gegebenenfalls ein Kulturschock mit leicht paranoider Erlebensverarbeitung. Die klinischen Befunde ständen gut im Einklang mit den Aussagen des Beschwerdeführers (Urk. 8/23 S. 11). Aufgrund des klinischen Eindrucks und der bisherigen Erfahrungen, welche auch andere Therapeuten mit dem Beschwerdeführer gemacht hätten, sei keine nennenswerte Restarbeitsfähigkeit mehr vorhanden. Schmerzerleben und reaktive depressive Verfassung sowie Angsterleben gingen in vergleichbaren Fällen, wie auch vorliegend, eine unangenehme Verbindung ein. Absorbiert durch das Erleben von Schmerz und depressiver Befindlichkeit, erlebe der Beschwerdeführer subjektives Ausgeliefertsein und Ohnmacht. Der ganze Alltag sei dem Schmerzerleben untergeordnet. Trotz anderweitiger Bekundungen in Richtung beschworener Flexibilität sei tatsächlich wenig Platz mehr für andere Aktivitäten vorhanden. Da der Beschwerdeführer unter jeglicher situativer Bedingung von äberaus

starken Schmerzen befallen und damit erheblich beeinträchtigt sei, und dabei sogar die Konzentrationsfähigkeit auf ein geringes Niveau abfalle, sei keine weitere Arbeitstätigkeit mehr zumutbar. Es sei unter den Gegebenheiten auch keine behinderungsangepasste Tätigkeit mehr denkbar. Berufliche Massnahmen kämen derzeit nicht in Frage; die Prognose sei ausgesprochen ungünstig. Das weitere Prozedere sei indessen unklar. Aufgrund des fatalen Zusammenwirkens verschiedener pathogenetischer Faktoren und zusätzlicher Folgestörungen sowie ungenügender psychologischer Ressourcen sei der Beschwerdeführer nur schwer therapierbar. Ein weiterer Rehabilitationsversuch erbringe sich, zum einen aufgrund seiner belastenden Vorerfahrungen im Hinblick auf die Institution, zum andern hätten die physiotherapeutischen Massnahmen bisher keinerlei positive Ansätze gezeigt. Jede dahin gehende Bemühung setze ihn noch mehr unter Druck und er fühle sich nicht verstanden, unsachgemäß eingeschätzt und behandelt. Zudem würden sich die Ärzte bei Sichtung der Akten und aufgrund der unklaren Befunde wohl kaum von der Vorstellung zu lösen vermögen, es handle sich um einen Fall von Aggravation. Die Erfolgchancen einer Schmerzbewältigungsbehandlung halte er nicht für gross (Urk. 8/23 S. 17 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 15. Mai 2004 diagnostizierte Dr. E. eine chronische somatoforme Störung, eine depressive Entwicklung sowie eine paranoide Erlebensverarbeitung bestehend seit Mai 2002 (Urk. 8/21/1 S. 1 lit. A). Er attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 5. März 2002 bis auf Weiteres (Urk. 8/21/1 S. 1 lit. B, Urk. 8/21/2 S. 2).

3.7 Ä Ä Ä Ä Dr. med. F., Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt am 5. Juni 2004 fest, er habe den Beschwerdeführer lediglich zweimal in seiner Praxis gesehen. Dieser wolle sich nicht damit abfinden, dass die SUVA ihm keine Rente zahlen wolle, beziehungsweise die Leistungen per Ende April 2004 einstelle. Er klage über diffuse Beschwerden, die er alle auf das erlittene Kopftrauma zurückführe. Anamnestisch seien die Angaben diffus; er sei jedoch bereits bei verschiedenen Psychiatern gewesen, die ihn nicht ernst genommen hätten. Bei den zweimaligen Konsultationen habe kein relevantes psychiatrisches Leiden festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer sei auf seinen Rentenanspruch und auf die ungerechte Behandlung durch die SUVA fixiert. Insgesamt scheine der Beschwerdeführer wenig angepasst an die hiesigen Verhältnisse und kämpfe etwas realitätsfremd um seine Rechte. Er habe ihn aufgesucht um Unterstützung von psychiatrischer Seite zu finden, um seinen Rentenanspruch durchzusetzen (Urk. 8/20 S. 2).

3.8 Ä Ä Ä Ä Dr. med. G., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 7. September 2004, der Beschwerdeführer leide an einer depressiven Erkrankung, die mit Angstzuständen, Dysphorie und vermutlich angstbedingten, kurzandauernden, paranoiden Stimmungsschwankungen bis zu visuellen Halluzinationen und Illusionen einher gehe. Daraus resultierten auch Verhaltensauffälligkeiten mit schlechter Affektkontrolle, wenn er sich bedroht fühle. Auch scheine es, dass er durch die nach dem Unfall veränderten Lebensumstände und durch die ständigen Schmerzen eine Anpassungsstörung entwickelt habe, wobei die Gefahr einer Persönlichkeitsänderung gegeben sei. Inwiefern diese Krankheitsentwicklung auch einer posttraumatischen Belastungsstörung zuzuordnen sei, müsse noch genauer evaluiert werden. Jedenfalls sei eine psychiatrische Behandlung einschliesslich psychopharmakologischer Medikation indiziert (Urk. 8/19/1).

Da sich die vorliegenden Abklärungen für die abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt als unzulänglich erweisen, ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese den Beschwerdeführer psychiatrisch begutachte und hernach über einen allfälligen Rentenanspruch neu verfähre.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfertigung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und der von Rechtsanwältin Marina Kreutzmann eingereichten Honorarnote (Urk. 11/2) auf Fr. 2'295.75 (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 21. Januar 2005 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfähre.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Marina Kreutzmann, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'295.75 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Marina Kreutzmann
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung

5. 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.