

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00021 vom 30. November 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00021

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00021 du 30 novembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00021 del 30 novembre 2009

Erwägungen

E. 1

1.1. Der Beurteilung sind jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Der Rentenanspruch für die Zeit bis am 31. Dezember 2007 ist damit aufgrund der bisherigen und nicht nach den neuen, mit der 5. IV-Revision geänderten Normen zu prüfen.

1.2. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

1.3. Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente.

1.4. 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 261 Erw. 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 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 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 präzisierend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 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.).

Während die Beschwerdegegnerin davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Chauffeur weiterhin im Vollzeitpensum ausüben könnte (Urk. 2 S. 1), stellt sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt, auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten dürfe nicht abgestellt werden, weshalb den übrigen medizinischen Unterlagen folgend eine ganze Rente auszurichten oder ein neues interdisziplinäres Gutachten einzuholen sei (Urk. 1 S. 10).

E. 3

3.1. Den beigezogenen Akten des Unfallversicherers lässt sich entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer nach der tätlichen Auseinandersetzung vom 16. Oktober 2004 ins Spital Z. in ambulante Behandlung begab. Laut Kurzbericht vom 17. Oktober 2004 und Arztzeugnis UVG vom 20. Dezember 2004 erlitt er eine Commotio cerebri, ein Hämatotympanon links mit Schwerhörigkeit, Tinnitus und leichtem Schwindel, eine traumatische Trommelfellperforation links, eine Halskontusio sowie eine oberflächliche Schnittwunde temporal links (Urk. 8/8 S. 57 und S. 73). Gemäss den Berichten vom 1. Februar 2005 und 29. Juli 2005 verheilte die Trommelfellperforation spontan mit fast vollständiger Erhaltung des Gehörs (Urk. 8/8 S. 19 ff. und S. 39).

Einen Monat nach dem Vorfall stellte der damalige Hausarzt Dr. med. A. vom B., Facharzt für Innere Medizin, im Bericht vom 19. November 2004 die zusätzliche Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Weiter berichtete er über eine zögerliche Verbesserung des Befindens unter der delegierten Psychotherapie bei Frau C. (Urk. 8/8 S. 58). Die Psychotherapeutin C., Dipl.-Psychologin FSP,

bestätigte im Bericht vom 28. Dezember 2004 diese Diagnose (ICD-10 F43.1) und führte aus, der Beschwerdeführer sei in einem Zustand schwerster Niedergeschlagenheit zu ihr gekommen. Er habe unter dem Gefühl des Betäubtseins, unter Freudlosigkeit, totalem Interessenverlust Menschen wie Dingen gegenüber, Alpträumen, Flashbacks, starken Kopfschmerzen, extremen Konzentrationsstörungen, Angstgefühlen, starker Unruhe und Anspannung bei gleichzeitig motorischer Verlangsamung gelitten. Eine zusätzliche Schwierigkeit habe die Kündigung durch den Arbeitgeber und die damit verbundene Kränkung dargestellt. Im Verlauf der Therapie sei es zu deutlichen Verbesserungen seines Befindens gekommen. Der Zustand sei jedoch noch nicht stabil. Bei positivem Verlauf werde der Beschwerdeführer etwa Mitte bis Ende Januar 2005 wieder arbeitsfähig sein (Urk. 8/8 S. 49 ff.). In der Folge leitete der Hausarzt eine antidepressive Therapie mit Seropram ein (Urk. 8/8 S. 41).

Im Bericht vom 22. März 2005 änderte Dr. med. D.____ vom B.____, die Diagnosen auf ein cervicocephales Syndrom mit anhaltendem rezidivierendem Schwindel und Tinnitus bei Status nach Commotio cerebri mit Halskontusion und Hämatotympanon links am 16. Oktober 2004, Status nach Distorsionstrauma der Halswirbelsäule im März 2001 sowie reaktive mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom. Die Ärztin, welche die hausärztliche Betreuung des Beschwerdeführers am 3. März 2005 übernommen hatte, führte weiter aus, neben Psychotherapie und pharmakologischer Therapie werde der weiterhin arbeitsunfähige Beschwerdeführer physiotherapeutisch behandelt (Urk. 8/8 S. 37). Die Psychologin C.____ hingegen äusserte im Bericht vom 23. Mai 2005 nebst der posttraumatischen Störung einen Verdacht auf reaktive mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Die Prognose schätzte sie weiterhin als gut ein (Urk. 8/8 S. 18).

3.2 Seit 5. Juli 2005 befindet sich der Beschwerdeführer in hausärztlicher Betreuung bei Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeinmedizin. Im Bericht vom 8. März 2006 an die Beschwerdegegnerin diagnostizierte dieser ein posttraumatisches Belastungssyndrom mit schwerer Depression und somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und attestierte dem Beschwerdeführer 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 16. Oktober 2004. Er bezeichnete den Gesundheitszustand zwar als besserungsfähig, stellte jedoch eine ungünstige Prognose betreffend eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess (Urk. 8/9).

3.3 Anlässlich der vom Unfallversicherer in Auftrag gegebenen neuropsychologischen Abklärung klagte der Beschwerdeführer laut Bericht der Neuropsychologin und Psychologin FSP F.____ vom 23. März 2006 über sehr starke, alle drei Tage auftretende Kopfschmerzen. Daneben beständen ausgeprägte Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten. Im übrigen habe er keine körperlichen Beschwerden. Die Neuropsychologin kam zum Schluss, dass es sich beim Vorfall vom 16. Oktober 2004 zweifelsohne um ein traumatisches Ergebnis gehandelt habe, mit welchem der Beschwerdeführer aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur sowie wahrscheinlich auch aufgrund seines kulturellen Hintergrundes nicht umzugehen und welches er nicht zu verarbeiten vermocht habe. Sein ganzes Denken sei auf den Vorfall und seine Opferrolle fixiert und es sei nicht möglich, an ihn heranzukommen. Der Beschwerdeführer scheine sich in einen Zustand exzessivster Niedergeschlagenheit und Angst hineingesteigert zu haben, wobei sich in der Untersuchungssituation Hinweise auf

eine Aggravation ergeben hätten. Dies müsste darauf zurückzuführen sein, dass er habe sicher sein wollen, in seinem Leiden ernst genommen zu werden. Die geklagten Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten dürften hingegen glaubhaft vorhanden sein. Die Ursachen dafür seien im psychischen Befinden zu suchen und nicht in der erlittenen Commotio cerebri, da eine solche zu keinen langfristigen Hirnleistungsstörungen führe (Urk. 8/10 S. 3 ff.).

3.4. Im Mai 2005 übernahm Dr. med. Dr. phil. G. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die ambulante psychiatrische Behandlung des Beschwerdeführers. Im Bericht vom 1. Juli 2006 attestierte der Psychiater aufgrund der Diagnose einer vormals mittelschweren bis schweren gemischten Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) mit subsyndromalen posttraumatischen Anteilen eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Im Übrigen empfahl er eine medizinische Begutachtung (Urk. 8/11).

3.5. Im Y. __-Gutachten vom 29. August 2007 wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 8/26 S. 16):

1. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)

2. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)

3. Cervicocephales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0)

- mit anamnestisch Ein- und Durchschlafstörungen, Schwindelgefühl und Konzentrationsstörungen als Begleitsymptomatiken

4. Status nach Commotio cerebri, Hämatotympanon links und Halskontusion am 16. Oktober 2004 (ICD-10 S06.0)

5. Medikamenten-Malcompliance (ICD-10 Z91.1)

6. Fortgesetzter Nikotinkonsum (ICD-10 F17.1)

Weiter führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer beklage verschiedene Beschwerden im Kopf- und Nackenbereich. Die Befunderhebung in der neurologischen Untersuchung sei allerdings sehr gering gewesen. Es hätten verschiedene demonstrative Tendenzen im Rahmen der Untersuchung festgestellt und diverse Inkonsistenzen nachgewiesen werden können. Der Beschwerdeführer weise auch eine erhebliche Verschielung beider Hände auf, was entgegen der subjektiv angegebenen Belastungsintoleranz stehe. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit resultiere, dass körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten uneingeschränkt zumutbar seien. Aufgrund der langjährigen Dekonditionierung vom Erwerbsleben seien körperlich schwer belastende Tätigkeiten nicht zumutbar, was allerdings durch Rekonditionierung behoben werden könnte (Urk. 8/26 S. 17).

Aus internistischer, anderweitiger somatischer und psychiatrischer Sicht hätten keine weiteren Befunde erhoben oder Diagnosen gestellt werden können, welche die Arbeitsfähigkeit tangierten. Aus psychiatrischer Sicht stehe bei somatisch nicht erklärbaren Beschwerden und Schmerzen die Schmerzverarbeitungsstörung im Vordergrund. Diagnostisch könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (mangels lang anhaltender psychosozialer oder emotionaler Belastungsfaktoren zum Zeitpunkt der tatsächlichen Auseinandersetzung [Urk. 8/26 S. 12]) nach ICD-10 nicht gestellt werden. Auch liege keine posttraumatische Belastungsstörung vor (mangels eines

Ereignisses katastrophalen Ausmasses [Urk. 8/26 S. 12]). Es bestanden nur sehr geringgradige affektive Einschränkungen im Sinne einer leichten depressiven Episode. Der Beschwerdeführer sei allerdings entgegen seinen Angaben der Medikamenteneinnahme unbehindert. Zusammenfassend resultiere aus polydisziplinärer Sicht, dass beim Beschwerdeführer keine relevante Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden könne. Jegliche leichten bis mittelschweren Tätigkeiten seien ihm uneingeschränkt zu 100 % zumutbar (Urk. 8/26 S. 17).

Hinsichtlich der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, arbeitsunfähig zu sein, wiesen die Gutachter auf verschiedene anlässlich der Untersuchungen festgestellten Inkonsistenzen hin, die sie an der Glaubhaftigkeit seiner Angaben zweifeln liessen: Handbeschwellung, gemäss Serumspiegeluntersuchung keine Einnahme von Antidepressiva, Inkonsistenzen in der somatischen Untersuchung und in der psychiatrischen Anamneseerhebung, so der häufige Kontakt zu Kollegen und Verwandten, die Angaben zu seinen beiden Ehen und der mangels einer Einkommensquelle zur Zeit nicht realisierbare Wunsch zu seiner Familie in die Heimat zurückzukehren (Urk. 8/26 S. 12 f.). Aus diesem Grund schätzten die Gutachter ein, dass dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht die Willensanstrengung, jegliche Erwerbstätigkeiten ohne Einschränkung auszuüben, zweifellos zumutbar sei (Urk. 8/26 S. 17).

Zur Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. G. führten die Gutachter aus, dass sich dieser mit der von der attestierten 50%igen Arbeitsfähigkeit divergierenden Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers nicht auseinander gesetzt habe, obwohl er selber offensichtlich krankheitsfremde Gründe angenommen habe (Urk. 8/26 S. 17).

Im Konsiliarbericht vom 25. Februar 2008 führten Dr. med. H., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie der behandelnde Psychiater Dr. G. aus, das Beschwerdebild entspreche einer mittelgradigen (depressiven) psychischen Beeinträchtigung bei störungsspezifischer "posttraumatischer" Entwicklung im Sinne einer prä-morbiden Problematik. Der Beschwerdeführer befinde sich seit Juli 2003 in fachpsychiatrischer, psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung. Subjektiv beklage er Angst, Müdigkeit, Perspektivlosigkeit, Insuffizienzgefühl, Vitalitätsstörungen im Sinne eines depressiven somatischen Syndroms und Erschöpfbarkeit. Abschliessend attestierten sie ihm eine 60-70%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen und empfahlen eine stationäre fachärztliche Behandlung (Urk. 10).

Gegen das Y.-Gutachten vom 29. August 2007 wendet der Beschwerdeführer ein, der Name der Dolmetscher sei ihm nicht vorgängig bekannt gegeben worden. Ausserdem sei die internistische/allgemeinmedizinische Exploration ohne Dolmetscher erfolgt (Urk. 1 S. 6 f.). Dem ist zunächst zu entgegen, dass sowohl die psychiatrische als auch die neurologische Untersuchung im Beisein von Dolmetschern erfolgten (Urk. 8/26 S. 11, S. 14). Zur Fähigkeit oder allfälligen Befangenheit der beigezogenen Dolmetscher und somit gegen den Beweiswert des Gutachtens erhebt der Beschwerdeführer keine konkrete Rüge (vgl. Urk. 1 S. 10). Ausserdem bemerkte der neurologische Konsiliararzt, dass der Beschwerdeführer recht gut Deutsch verstehe, so dass vom Dolmetscher wenig Hilfe benötigt worden sei (Urk. 8/26 S. 14). Es ist somit nicht davon auszugehen, dass auch für die - im konkreten Fall sprachlich weniger

anspruchsvolle - internistische Befunderhebung (Urk. 8/26 S. 9) ein Dolmetscher benützt wurde. Ein Vergleich mit den medizinischen Vorakten ergibt denn auch keine Anhaltspunkte für Verstärkungsschwierigkeiten oder gar relevante Missverständnisse in der Anamneseerhebung anlässlich dieses Teils der Exploration. Die Aussagekraft und damit die beweismässige Verwertbarkeit des Gutachtens als Entscheidungsgrundlage wird somit dadurch nicht tangiert (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 8C_321/2007 vom 6. Mai 2008, E. 6.1.2 sowie U 336/06 vom 30. Juni 2007, E. 8.2.1 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der Ränge der Verletzung des rechtlichen Gehörs bei dem im Y.____-Gutachten erhobenen Vorwurf der fehlenden Medikamenteneinnahme (Urk. 1 S. 7 f., 10) ist hingegen festzuhalten, dass dieser Umstand im Vorbescheidverfahren weder vom damaligen Vertreter noch von der aktuellen Rechtsvertreterin trotz Aktenkenntnissen (damals lediglich als Rechtsvertreterin im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren) geltend gemacht wurde (Urk. 8/31-37, Urk. 6 S. 2). Ausserdem empfiehlt selbst Dr. G.____ eine stationäre psychiatrische Behandlung zur Gewährleistung einer besseren Compliance und Anpassung der antidepressiven Pharmakotherapie (Urk. 10 S. 2), was klar auf einen unbefriedigenden Verlauf der medikamentösen Behandlung hinweist. Im Übrigen entsprechen die im Y.____-Gutachten zusammengefassten negativen Laborresultate (Urk. 8/26 S. 9) den im Labor tatsächlich erhobenen Befunden (Urk. 7/2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es ist zwar zutreffend, dass der Unfallversicherer und der Krankentaggeldversicherer vom Unfalltag bis Ende Juli 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 60 bis 100 % anerkannten (Urk. 1 S. 5, S. 7 und S. 9, Urk. 8/40). Dabei stützten sie sich auf die Einschätzungen der behandelnden Ärzte, die nach Ablauf des Wartjahres im Oktober 2005 nur noch von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ausgingen. Diesbezüglich ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Ärzte die von ihnen diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung auf die tatsächliche Auseinandersetzung vom 16. Oktober 2004 zurückführten und dabei - offenbar mangels Kenntnis des Polizeiprotokolls (Urk. 8/8 S. 61 ff.) beziehungsweise der übrigen Strafverfahrensakten (vgl. dazu Urk. 6 S. 2) - auf die (dramatischen) Schilderungen des Beschwerdeführers abstellten (Urk. 8/8 S. 18, S. 49, Urk. 10 S. 1). Ausserdem war sich Dr. G.____ noch im Juli 2006 über seine Einschätzung und Beurteilung nicht sicher, und empfahl darum eine medizinische Begutachtung (Urk. 8/11). Die Y.____-Gutachter hingegen verfielen über das Polizeiprotokoll, was ihnen erlaubte, die sachverhaltlichen Gegebenheiten und die näheren Umstände in die Würdigung des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers einzubeziehen (Urk. 8/26 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ausserdem ist dem Grundsatz Rechnung zu tragen, wonach Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc), was für den Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für die schmerztherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte gilt mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (vgl. Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen S. vom 20. März 2006, I 655/05, Erw. 5.4 mit Hinweisen).

Â Â Â Â Â Â Â Â Abschliessend lässt sich festhalten, dass das Y.____-Gutachten vom 29. August 2007 die von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien (vgl. Erw. 1.4) vollumfänglich erfüllt, weshalb darauf abgestellt werden kann. Aus rechtlicher Sicht sprechen somit keine hinreichenden Gründe dafür, dass die psychischen Ressourcen es dem Beschwerdeführer nicht erlaubten, trotz seiner Beschwerden eine Erwerbstätigkeit auszuüben. Angesichts dieser klaren Rechts- und Sachlage besteht auch kein Anlass, zusätzliche Abklärungen vorzunehmen (BGE 110 V 53 Erw. 4a).

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus diesen Gründen verneinte die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu Recht, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

5.Â Â Â Â Â Â Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- sind ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

6.Â Â Â Â Â Â Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Andrea Müller-Ranacher, Zürich, ist unter Berücksichtigung ihrer Kostennote vom 13. November 2009 (Urk. 14) mit Fr. 1'834.60 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1.Â Â Â Â Â Â Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.Â Â Â Â Â Â Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

3.Â Â Â Â Â Â Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Andrea Müller-Ranacher, Zürich, wird mit Fr. 1'834.60 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4.Â Â Â Â Â Â Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Andrea Müller-Ranacher

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- "Zürich" Versicherungs-Gesellschaft, Dienstleistungszentrum, Postfach, 8085 Zürich
sowie an:

- Gerichtskasse

5.Â Â Â Â Â Â Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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