

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01029 vom 10. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01029

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01029 du 10 août 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01029 del 10 agosto 2011

Erwägungen

E. 2

2.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

2.2. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsunfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (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 Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad 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; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

2.3. Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und

nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person 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 auszumachende 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. 3

3.1. Nach dem ihm seinen Angaben zufolge in Serbien von einem unbekanntem Täter am 27. April 2005 Schläge auf das linke Auge und die linke Schädelseite versetzt worden waren (Urk. 8/19/128) und sich der Beschwerdeführer in einem Belgrader Krankenhaus hatte behandeln lassen (Urk. 8/19/120-124), wurde er von seinem Hausarzt Dr. med. B., praktischer Arzt, aufgrund erstmals aufgetretener Kopfschmerzen und Wesensveränderung an das Spital C. überwiesen. Dessen Ärzte diagnostizierten ein chronisches subdurales Hämatom frontoparietal links (Urk. 8/19/118), welches am 24. Juni 2005 mittels Bohrlochtrepanation operativ saniert wurde. Die ebenfalls festgestellte Sinusarrhythmie mit Bradykardie erwies sich ohne pathologische Bedeutung. Nach komplikationslosem postoperativem Verlauf und deutlich regredientem Schädels-CT-Befund wurde der Beschwerdeführer am 1. Juli 2005 nach Hause entlassen (Urk. 8/19/118). Das am 9. November 2005 angefertigte Kontroll-CT des Schädels visualisierte mit Ausnahme der zwei Bohrlöcher links ein normales, altersentsprechendes Cerebrum ohne pathologisches Enhancement (Urk. 8/19/100).

3.2. Dennoch klagte der Beschwerdeführer weiterhin über pochende Kopfschmerzen und (neu) über starke Nackenschmerzen (Bericht von Dr. B. vom 15. November 2005, Urk. 8/19/99). SUVA-Kreisarzt Dr. med. D., Orthopädische Chirurgie FMH, hielt in seinem Bericht vom 3. Februar 2006 (Urk. 8/19/92-94) fest, der Beschwerdeführer habe etwas verlangsamt, nicht aber unbedingt pathologisch gewirkt, was allenfalls auch seiner Art entsprechen könne. Aufgrund des geklagten Schwindels und gelegentlichen Schwarzwerdens vor den Augen sei, soweit nicht schon erfolgt, eine neurologische Abklärung angezeigt (Urk. 8/19/93). Eine solche war bereits am 11. Oktober 2005 am C. durchgeführt worden (Urk. 8/19/88-89) und hatte keine Hinweise auf eine Pathologie geliefert. Hingegen bezeichneten die Ärzte den Beschwerdeführer als vermehrt leidend und niedergestimmt wirkend sowie gedanklich auf die Kopfschmerzen, welche eine Ausweitung und Verstärkung erfahren hätten, eingengt. Sie nannten den Verdacht einer sekundären depressiven Entwicklung und hielten mangels erhobener Konzentrationsstörungen eine neuropsychologische Untersuchung nicht für angezeigt.

3.3. Die anfangs ausgeprägten Gesichtsfeldausfälle im linken Auge (Bericht von Dr. med. E.____, Augenarzt FMH & F.E.B.O., vom 28. Oktober 2005, Urk. 8/19/75-80) zeigten sich, wie auch die Konvergenzschwäche, regredient und waren am 14. März 2006 am rechten Auge nicht mehr feststellbar (Urk. 8/19/69-70).

3.4. Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie und Arbeitsmedizin, schloss aufgrund der neurootologischen Untersuchung des Beschwerdeführers vom 11. Juli 2006 (Bericht vom 12. Juli 2006, Urk. 8/19/56-60) eine wesentliche Störung des Gleichgewichtssinnes aus. Er erklärte, Tätigkeiten, welche hohe Ansprüche an das Gleichgewichtsfunktionssystem stellen, seien nicht mehr zumutbar, während sich im übrigen bezüglich der Arbeitsfähigkeit keine relevanten Einschränkungen feststellen lassen würden. Ebenso ergäben sich keine weitergehenden diagnostischen oder therapeutischen Konsequenzen, ausser dass eine positiv motivierte körperliche Aktivität sich auch bezüglich der aktuellen Schwindelbeschwerden nur günstig auswirken könne (Urk. 8/19/59).

3.5. Die vom 21. Juni bis zum 26. Juli 2006 in der Rehaklinik G.____ (Bericht vom 7. August 2008, Urk. 8/19/32-40, sowie Neuropsychologischer Bericht vom 22. Juni 2006, Urk. 8/19/44-47, und Bericht über das Psychosomatische Konsilium vom 27. Juni 2006, Urk. 8/19/41-43) durchgeführte stationäre Rehabilitation vermochte zu keiner Verbesserung zu führen. Die vom Beschwerdeführer präsentierte erhebliche posttraumatische Leistungsstörung zeigte sich ohne morphologisches Korrelat, und die kognitiven Einschränkungen - den Angaben der Ärzte zufolge unfallbedingt medizinisch nicht erklärbar - waren aufgrund eingeschränkter Kooperation nicht quantifizierbar. Ebenso liess sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den geringen objektivierbaren pathologischen Befunden aus somatisch-organischer Sicht nicht erklären. Jegliche Aktivität wurde vom Beschwerdeführer abgewiesen, und in der Gruppe zeigte er ein leicht aggressives Verhalten. Der Beschwerdeführer besuchte die Therapien unregelmässig, fehlte oft (Urk. 8/19/34) und war für rehabilitative Massnahmen nicht motiviert. Die Experten zeigten sich insgesamt davon überzeugt, dass die direkt somatisch-organisch bedingten Unfallfolgen nunmehr im Hintergrund der präsentierten Symptomatik ständen. Dennoch kamen sie zum Schluss, die bisherige Tätigkeit als angelernter Elektriker sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Demgegenüber bestehe für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit leichten bis mittelschweren kognitiven Anforderungen keine Einschränkung. Schliesslich sei bei inkonsistentem Verhalten ohne therapeutischen Zugang von weiteren Therapien keine massgebliche Verbesserung des Zustandes zu erwarten, weshalb der Fallabschluss empfohlen werde (Urk. 8/19/35).

3.6. Am 30. November 2006 (Urk. 8/20/22) berichtete Dr. B.____, der Verlauf sei schlecht. Der Beschwerdeführer klagte über hässliche Kopfschmerzen, Sehstörungen sowie über massiven Konzentrationsmangel. Nach einer verkehrsmedizinischen Untersuchung sei ihm der Führerschein entzogen worden.

3.7. Nach diversen Untersuchungen (Urk. 8/19/51-55) notierte Dr. med. H.____, Augenarzt FMH, speziell Augenchirurgie, am 21. April 2007 (Urk. 8/20/8-11), die Untersuchung sei von technischen Schwierigkeiten beim Versuch, irgendwelche visuellen Funktionen zu objektivieren, geprägt gewesen. Dennoch lasse sich zusammenfassend feststellen, dass eine bedeutende Leitungsstörung im Bereich der Sehnerven nicht habe objektiviert werden können. Dies schliesse zwar eine unfallbedingte konzentrische

Gesichtsfeldstörung am linken Auge nicht eindeutig aus. Die Relevanz eines solchen Befundes sei jedoch für das tägliche Leben unsicher. Die Konvergenzschwäche, möglicherweise teilweise vorbestehend, werde mittels Lesebrille mit prismatischer Kompensation behandelt, wobei der Erfolg noch ausstehend sei (Urk. 8/20/11).

3.8 Das MRI des Gehirns vom 27. August 2008 (Urk. 8/27/46-47) visualisierte ein normales, dem Alter entsprechendes Cerebrum. So waren insbesondere keine Kontusionen oder pathologische Hämosiderinablagerungen nachweisbar. Weil die Untersuchung auf Wunsch des Beschwerdeführers (zu grosser Lärm) habe abgebrochen werden müssen, sei eine abschliessende Feinbeurteilung nur bedingt möglich.

3.9 Dr. I. ____, Leiter Neuropsychologie, und lic. phil. J. ____, Neuropsychologin, beide K. ____, nahmen am 27. und 28. August 2008 eine Begutachtung vor und erstatteten am 17. September 2008 Bericht (Urk. 8/27/25-45). Sie erklärten, es habe keine standardisierte neuropsychologische Untersuchung durchgeführt werden können. Der Beschwerdeführer habe konsistent reduzierte Leistungen in sämtlichen angewendeten Verfahren gezeigt, wobei die Kooperationsbereitschaft erheblich eingeschränkt gewesen sei (Urk. 8/27/39). Den kognitiven Anforderungen habe er sich immer wieder aktiv oder passiv verweigert und sich sehr begriffsstutzig sowie deutlich verlangsamt präsentiert. Vor dem Hintergrund des Fehlens eines Substrats dieser Minderleistungen und unzureichender Motivation sei von einer Pseudodemenz auszugehen. Eine Evidenz für das Bestehen von schwerwiegenden sensorischen, motorischen oder neuropsychologischen Funktionsstörungen habe sich nicht finden lassen (Urk. 8/27/40). Aufgrund des Testprofils und der auffälligen Resultate in den Symptomvalidierungsverfahren hätten sich insgesamt Hinweise ergeben, dass die zum Teil schweren Minderleistungen keine authentischen neuropsychologischen Beeinträchtigungen darstellten, sondern auch motivationelle Einflüsse eine leistungsprägende Rolle spielten, wobei es sich nicht um eine bewusste Aggravation oder gar Simulation handeln müsse. Es sei auch denkbar, dass die Leistungs- und Kooperationsfähigkeit des Beschwerdeführers im Rahmen einer schweren psychischen Symptomatik herabgesetzt sei. Zur Klärung dieser Frage sei daher eine psychiatrische Begutachtung von Nutzen. Schliesslich hielten die Experten ergänzend fest, auch eine Kumulation kritischer Lebensereignisse begünstige in der Regel eine ungünstige Krankheitsentwicklung (Urk. 8/27/41). Sie erklärten abschliessend, es sei insgesamt sehr unwahrscheinlich, dass es sich bei den gefundenen Minderleistungen um manifeste organisch bedingte Funktionsbeeinträchtigungen handle. Viel eher seien diese in Zusammenhang mit einer psychischen Störung zu sehen (Urk. 8/27/42). Aus neuropsychologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als Hilfsmonteur (Urk. 8/27/44).

3.10 Am 26. September 2008 erstattete Dr. med. L. ____, Facharzt für Neurologie FMH, zertifizierter med. Gutachter SIM, ein neurologisches Gutachten (Urk. 8/27/2-24) mit interdisziplinärer Beurteilung unter Einbezug des neuropsychologischen Gutachtens des K. ____, (vgl. Erw. 3.9), wobei er, wie auch schon PD Dr. I. ____, und lic. phil. J. ____, zuvor (Urk. 8/27/45), Zusatzfragen der Invalidenversicherungen beantwortete. Dem Neurologen gegenüber beklagte der Beschwerdeführer einen ständigen Kopfschmerz, welcher sich den Angaben des Gutachters zufolge wie ein chronischer Spannungskopfschmerz präsentiere. Weil der Blutspiegel der verordneten Medikamente jedoch unterhalb der Nachweisgrenze lag, erachtete es Dr. L. ____, als zweifelhaft, dass überhaupt eine beeinträchtigende Kopfschmerzproblematik bestehe. Der klinisch-neurologische Befund

zeigte sodann keine relevanten Defizite, und einer detaillierten Prüfung der Sensomotorik stand ein durchweg unkooperatives Verhalten des Beschwerdeführers gegenüber (Urk. 8/27/18). Dr. L.____ schloss eine strukturelle traumatische Läsion des Gehirns aus (Urk. 8/27/19) und hielt dafür, unter Berücksichtigung des natürlichen Heilungsverlaufes sei bezüglich der unfallkausalen Diagnose einer leichten traumatischen Hirnverletzung (MTBI) spätestens nach einem Jahr vom Erreichen des Status quo ante auszugehen. Ebenso seien hinsichtlich der Bohrlochtrepanation keine über einen Zeitraum von einem Jahr hinausgehende Beschwerden zu erklären, nachdem eine strukturelle Läsion anhand der aktuellen MR-Bildgebung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen sei (Urk. 8/27/21). Sowohl aus neurologischer als auch aus neuropsychologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/27/22).

3.11.11.11 Schliesslich wurde der Beschwerdeführer am 14. und 21. September 2009 von Dr. med. M.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, und Prof. Dr. med. N.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefärztin, beide O.____, psychiatrisch begutachtet (Expertise vom 2. Dezember 2009, Urk. 8/34/3-41). Sie notierten, dass, nachdem die Untersuchung des Beschwerdeführers zunächst flüchtig vorstatten gegangen sei, im Zeitpunkt der Fragestellung nach dem psychopathologischen Befund zu Orientierung und Gedächtnis eine deutliche Erschwerung der Auffassung und Verminderung der Leistung eingesetzt habe (Urk. 8/34/22). Der Beschwerdeführer habe schwerste kognitive Einschränkungen gezeigt und multiple körperliche Beschwerden angegeben (Urk. 8/34/28), während gestützt auf die Untersuchungsbefunde das Vorliegen eines schweren depressiven Syndroms ebenso habe ausgeschlossen werden können (Urk. 8/34/30) wie auch eine posttraumatische Belastungsstörung (Urk. 8/34/31) oder Somatisierungsstörung. Die anlässlich der Begutachtung gezeigten psychischen und körperlichen Symptome seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht durch eine Erkrankung aus dem psychiatrischen Fachgebiet zu erklären (Urk. 8/34/31). Demgegenüber sei eine negative Antwortverzerrung überwiegend wahrscheinlich, wobei aufgrund der übertriebenen Beschwerdedarstellung nicht ausgeschlossen werden könne, ob gegebenenfalls eine diskrete psychische Symptomatik - welche die Arbeitsfähigkeit aber ohnehin nicht in Frage stellen würde (Urk. 8/34/30) - vorhanden sei (Urk. 8/34/34). Zusammenfassend hielten die Gutachterinnen fest, eine psychische Störung mit Krankheitswert habe nicht festgestellt werden können (Urk. 8/34/35-36), womit aus psychiatrischer Sicht auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege (Urk. 8/34/38).

3.12.12.12 Am 1. Juni 2010 untersuchte Dr. Z.____ den Beschwerdeführer (Bericht vom 15. Juni 2010, Urk. 3/1). Das in diesem Rahmen angefertigte CT des Schädels vom 7. Juni 2010 visualisierte einen normalen intrazerebralen, parenchymalen Befund. Daneben zeigte sich eine kleine Arachnoideazyste, ohne dass sich jedoch Hinweise auf eine Raumforderung ergeben hätten. Aus neurologischer Sicht nannte Dr. Z.____ ein unklares motorisches Hemisyndrom links und hielt dafür, die bisherige und jede angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar.

3.13.13.13 Dr. med. A.____, Assistenzärztin für Psychotherapie, FA für Dermatologie und Venerologie FMH, und Dr. phil. P.____, klinischer Psychologe und Supervisor, beide Q.____, diagnostizierten mit Bericht vom 18. August 2010 (Urk. 3/2) als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine (1) mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), ein (2) chronisches subdurales Hämatom frontoparietal links sowie eine (3) ausgeprägte

Sinusarrhythmie mit Bradykardie. Sie erklärten, der Beschwerdeführer leide an deutlichem Schwindel, Konzentrationsstörungen und Kraftlosigkeit, was die bisherige als auch jede angepasste Tätigkeit verunmögliche, weshalb Invalidität vorliege.

3.14 Mit Bericht vom 17. März 2011 (Urk. 14) bestätigten die Ärzte des Y. die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.10). Sie berichteten, die Aufnahme des Beschwerdeführers zur stationären Therapie vom 4. Februar bis zum 10. März 2011 sei auf freiwilliger Basis aufgrund eines zunehmenden depressiven Zustandsbildes zur medikamentösen Einstellung und Stabilisierung erfolgt. Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind dem Bericht nicht zu entnehmen.

E. 4

4.1 Der Beschwerdeführer wurde umfassenden, spezialärztlichen Abklärungen unterzogen, ohne dass sich eine Ursache für seine vielfältigen Beschwerden hätte finden lassen. So zeigte sich sein Gehirn - mit Ausnahme der beiden Bohrlöcher - altersentsprechend und ohne irgendwelche Pathologien (Erw. 3.1, 3.8). Für die vom Beschwerdeführer präsentierte teilweise schweren Minderleistungen fehlte aus neuropsychologischer Sicht ein Substrat, so dass die Experten des K. in Anbetracht der unzureichenden Motivation des Beschwerdeführers den Verdacht einer Pseudodemenz nannten (Erw. 3.9). Ebenso wenig vermochte die klinisch-neurologische Untersuchung einen Hinweis auf eine strukturelle traumatische Läsion des Gehirns zu liefern, weshalb der Neurologe Dr. L. eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer sowie aus neuropsychologischer Sicht verneinte und den Status quo ante in Bezug auf eine allfällig stattgefundenene leichte Hirnverletzung und etwaige Folgen der Bohrlöchertrepanation spätestens nach einem Jahr als eingetreten bezeichnete (Erw. 3.10). Nach eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers kamen Dr. M. und Prof. Dr. N. schliesslich zur Einsicht, die anlässlich der Begutachtung gezeigten psychischen und körperlichen Symptome seien nicht durch eine Erkrankung aus dem psychiatrischen Fachgebiet zu erklären, womit auch aus dieser Sicht eine Arbeitsunfähigkeit nicht bestehe (Erw. 3.11). Mit Blick auf die genannten Gutachten, welche den Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (Erw. 2.3) vollumfänglich gerecht werden, erhellt, dass eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht (mehr) zu begründen ist. Soweit Dr. F. eine Tätigkeit, welche hohe Ansprüche an das Gleichgewichtsfunktionssystem stelle, als nicht mehr zumutbar erachtet (Erw. 3.4) und die Ärzte der Rehaklinik G. die bisherige Tätigkeit für nicht mehr möglich gehalten hätten (Erw. 3.5), fehlt es diesen Einschätzungen angesichts des durchwegs unkooperativen sowie inkonsistenten Verhaltens des Beschwerdeführers (vorzeitiger Abbruch von Untersuchungen [Erw. 3.8], erheblich eingeschränkte Kooperation [Erw. 3.5, 3.9, 3.10, Urk. 8/27/34], auffällige Diskrepanzen [Urk. 8/34/33], Blutspiegel des Schmerzmittels unter der Nachweisgrenze [Erw. 3.10], Beschwerdeführer verbringt den ganzen Tag mit Fernsehen trotz der geklagten Doppelbilder [Urk. 8/27/12], deutliche Erschwerung der Auffassung im Zeitpunkt der Fragestellung nach dem psychopathologischen Befund [Erw. 3.11]) sowie vor dem Hintergrund der Diagnose der negativen Antwortverzerrung (Erw. 3.11) an einer nachvollziehbaren Begründung. Es ist mithin darauf abzustellen, dass der Beschwerdeführer spätestens ein Jahr nach dem fraglichen Unfallereignis wieder uneingeschränkt arbeitsfähig war.

4.2. Hieran vermögen die nachträglich eingereichten Berichte (Erw. 3.12-3.14) nichts zu ändern. Die anlässlich der erneuten Untersuchungen geklagten Beschwerden waren allesamt bereits aktenkundig und fanden denn auch Berücksichtigung im Rahmen der durchgeführten Begutachtungen. Anhaltspunkte dafür, dass nicht auf diese umfassenden Abklärungen abzustellen wäre, ergeben sich nicht. Im Weiteren findet sich in den genannten Berichten keinerlei Auseinandersetzung mit den Vorakten, weshalb ihnen bereits aus dieser Sicht kein Beweiswert zukommt (Erw. 2.3). Dass der Beschwerdeführer alles unternimmt, um seine subjektiv empfundene Arbeitsunfähigkeit darzulegen, ist offenkundig, vermag aber die ausfallenden und sorgfältig erstellten Gutachten nicht zu erschüttern. Im Übrigen handelt es sich bei einer depressiven Episode definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F): Klinisch diagnostische Leitlinien, 7. Aufl., 2010, S. 149 ff.), dem es am Krankheitscharakter fehlt (vgl. auch Urteil des Bundesgericht vom 26. Januar 2007, I 510/06, E. 6.3). Von der Einschätzung der Beschwerdegegnerin abzuweichen, besteht damit unter keinem Titel Anlass.

4.3. Würde dennoch von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf eine leidensangepasste Tätigkeit in einem 100%-Pensum ausgegangen, führte dies ebenso wenig zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad. Im Zeitpunkt des Unfallereignisses vom 27. April 2005 stand der Beschwerdeführer bereits im gekündigten Arbeitsverhältnis (Urk. 8/11/2, 8/19/128). Damit gelangten sowohl zur Bestimmung des Validen- als auch des Invalideneinkommens die Tabellenwerte zur Anwendung, was einen Invaliditätsgrad von 0 % zum Resultat hätte.

4.4. Ist die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht eingeschränkt, so erübrigen sich Ausführungen zu Eingliederungsmassnahmen.

5. Diese Erwägungen führen zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde.

6. Weil die prozessuale Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ausgewiesen ist (Urk. 11/3), ist seinem Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung vom 29. Oktober 2010 (Urk. 1) zu entsprechen und sind die ihm ausgangsgemäss aufzuerlegenden Gerichtskosten von Fr. 600.-- einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 29. Oktober 2010 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.