

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00402 vom 31. Oktober 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00402

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00402 du 31 octobre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00402 del 31 ottobre 2014

Erwägungen

E. 1.1

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.

E. 1.2

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

ihre Erwerbsfähigkeit 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.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs.

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden

wäre (sogenanntes Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 2

IVG).

E. 2.1

Die IV-Stelle führte zur Begründung der Rentenverweigerung – unter Hinweis auf das Gutachten des Y.____ vom 15. Juni 2011 (Urk. 8/35) und die Stellungnahmen des Regionalärztlichen Dienstes (RAD) der IV vom 11. Juli 2011 (Urk. 8/45 S. 3 f.) und vom 14. März 2013 (Urk. 8/61 S. 3) – aus, der Beschwerdeführer leide weder an einer Borreliose beziehungsweise an einer durch eine chronische Borreliose hervorgerufenen gesundheitlichen Beeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit noch an einem anderen invalidisierenden Gesundheitsschaden (Urk. 2, Urk. 7).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, es liege eine komplexe Problematik vor, die – da auf das Gutachten des Y.____ vom 15. Juni 2011 (Urk. 8/35) nicht abgestellt werden könne und aus den weiteren medizinischen Berichten Widersprüchliches hervorgehe – weiterer Abklärung bedürfe (Urk. 1 S. 8 ff.). Seine Arbeitsunfähigkeit sei durch die –

mittlerweile gefestigte - Diagnose einer chronischen Borreliose ausgewiesen (Urk. 13 S. 2).

E. 3

Am 10. April 2009

E. 3.6

Die neuropsychologische Untersuchung vom 4. Juni 2009

zeigte insgesamt mit teilschweren Defiziten in der Aufmerksamkeit sowie in mnestischen und exekutiven Teilfunktionen, ein langsames Arbeitstempo und einen reduzierten Antrieb; die Minderleistungen seien unspezifisch. Da ein Bewusstseinsverlust sowie schwere kognitive Beeinträchtigungen aufgrund der Anamnese unwahrscheinlich und die Befunde der bildgebenden Untersuchungen unauffällig seien, bestünden keine Anhaltspunkte für hirnorganische Beeinträchtigungen. Die Defizite seien am ehesten mit der depressiven Stimmungslage zu erklären. Angesichts der sich aus der Anamnese, dem klinischen Bild und dem Fragebogen ergebenden reaktiven depressiven Symptome und der Hinweise auf eine mögliche posttraumatische Belastungsstörung sei eine umfassende psychiatrische Abklärung mit anschliessender Beratung und Therapie angezeigt (vgl. Bericht G.____, Neurologische Klinik, vom 8. Juni 2009, Urk. 8/23 S. 19). 3. 7

Gestützt auf die Akten gelangte me d. pract. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Versicherungspsychiatrischer Dienst der SUVA, am 1. Oktober 2009 zum Schluss, dass der Beschwerdeführer an einer Anpassungsstörung mit Angst und einer längeren depressiven Reaktion sowie mit Störung anderer Gefühle und des sozialen Verhaltens (ICD-10 F43.2) leide. Die zudem beschriebenen tranceähnlichen beziehungsweise dissoziativen Phänomene liessen sich derzeit nicht eindeutig

klassifizieren. Die chronischen Spannungskopfschmerzen könnten als Stressreaktion verstanden werden. Phänomenologisch betrachtet lägen keine Anhaltspunkte für eine posttraumatische Belastungsstörung vor. Differentialdiagnostisch habe vorübergehend eine nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (ICD-10 F45.9) bestanden (Urk. 8/25 S. 29). Ursächlich für die psychische Symptomatik sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Unfall vom 4. Juli 2007. Aufgrund der diagnostischen Unklarheiten lasse sich die Arbeitsfähigkeit derzeit nicht beurteilen (Urk. 8/25 S. 30). 3.

E. 3.9

Dr. med. J.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte am 1. November 2010 nachstehende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/23 S. 5): - Status nach Sturz aus zirka 4 m Höhe beim Beladen eines Militärlastwagens mit Radiusköpfchenfraktur linker Ellbogen, Scaphoidfraktur linkes Handgelenk, Kontusion mit Abschürfung lumbal am 4. Juli 2007 - Mittelschwere neuropsychologische Defizite (Untersuchung vom 4. Juni 2009) - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) mit vielfältigen körperlichen, seelischen und geistigen Symptomen wie massiver Depression, Antriebsschwäche, Ängste

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten die seit dem Unfall bestehenden Potenzprobleme und der Umstand, dass der Beschwerdeführer sehr darunter leide, dass durch den Unfall all seine Lebensträume (Familie, kleines Haus, gute Arbeit, Auto etc.) zerstört worden seien (Urk. 8/23 S. 6). Die psychische Symptomatik sei durch den dienstlichen Unfall ausgelöst worden und dann – nach wiederholten Traumatisierungen – mit einer Latenz aufgetreten (Urk. 8/23 S. 9). Seit dem Unfall vom 4. Juli 2007 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer, der vor dem Eintritt in den Militärdienst den mündlichen Teil der

Lehrabschlussprüfung als Multimedia elektroniker

nicht bestanden habe, nach erfolgreicher psychotherapeutischer und neuropsychologischer Behandlung wieder uneingeschränkt arbeitsfähig sein werde (Urk. 8/23 S. 8). 3.

E. 8

Die Ärzte der I.____

die den Beschwerdeführer vom 16. August bis 20. Oktober 2010 teilstationär behandelt hatten, stellten am 25. Oktober 2010 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/22 S. 2 f.): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode

(ICD-10 F33.0); wahrscheinlich Entwicklung nach Unfall vom 4. Juli 2007 - Undifferenzierte Somatisierungsstörung

(ICD-10 F45.1); Entwicklung nach Unfall vom 4. Juli 2007 - Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (ICD-10 F 44.6); Entwicklung nach Unfall vom 4. Juli 2007 - Verdacht auf akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 F60.8); wahrscheinlich seit Jahren bestehend

Der Beschwerdeführer sei – aufgrund der narzisstischen Persönlichkeitsstörung und der durch den Unfall während der RS erfahrenen Kränkungen, in deren Anschluss er eine dissoziative Störung und ein depressives Zustandsbild entwickelt habe – längerfristig nicht arbeitsfähig (Urk. 8/22 S. 2).

E. 10

Nachdem sie den Beschwerdeführer am 1. und 16. September 2010 untersucht hatte, stellte Dr. med. Z.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, SUVA Versicherungsmedizin, in ihrem Bericht vom 2. November 2010 folgende Diagnosen (Urk. 8/25 S. 11): - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) mit dissoziativen Anteilen (ICD-10 F44.6) - Episodisch-paroxysmale Angst (Panikattacken, ICD-10 F41.0) - Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25)

Die psychischen Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 4. Juli 2007 und die damit verbundenen schweren Kränkungen zurückzuführen (Urk. 8/25 S. 13). 3.

E. 11

Der seit 8. September 2010 behandelnde Hausarzt m. ed. pract. K.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, stellte am 10. November 2010 nachstehende, durch den am 4. Juli 2007 erlittenen dienstlichen Unfall bedingte Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/26 S. 6): - Radiusköpfchenfraktur links - Scaphoidfraktur links - Lumbale Kontusion - Posttraumatische Störung mit Kopfschmerzen frontal - Konzentrationsstörung mit Merkschwierigkeiten

Als Multimediaelektroniker sei der Beschwerdeführer – aufgrund von Angstzuständen sowie Schlaf- und Konzentrationsstörungen – zu 100 % arbeitsunfähig. Ob diese Tätigkeit aus medizinischer Sicht noch zumutbar sei, müsse überprüft werden (Urk. 8/26 S. 7). 3.

E. 12

Am 21. und 24. März 2011 wurde der Beschwerdeführer von den Ärzten des Y.____ polydisziplinär untersucht. In ihrem Gutachten vom 15. Juni 2011 stellten diese folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/35 S. 42): - Status nach nicht dislozierter Radiusköpfchenfraktur links vom 4. Juli 2007 - Status nach Scaphoidfraktur links am 4. Juli 2007 - Blockaden im Bereich der Lendenwirbelsäule - Leichte depressive Episode, ICD-10 F32.00 - Akzentuierung von narzisstischen Persönlichkeitszügen, ICD-10 Z73.1

Seit dem 20. Dezember 2007 sei der Beschwerdeführer wieder uneingeschränkt arbeitsfähig (Urk. 8/35 S. 46 f.). 3.

E. 13

Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Chirurgie, Chiropraktik SAMM, Schmerztherapie SSIPM, gab am 30. Januar 2013 an, der Beschwerdeführer leide an einer Depression und sei daher arbeitsunfähig. Die diagnostizierte Störung trete in der Familie des Beschwerdeführers gehäuft auf (Urk. 8/57 S. 5). 3.

E. 14

In ihrem Verlaufsbericht vom 20. Februar 2013 stellte die Psychiaterin Dr. J.____ nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/58 S. 2): - Posttraumatische Belastungsstörung nach Militärunfall am 4. Juli 2007 mit neuropsychologischen Defiziten - Chronische Borreliose - Symptome seit kurz nach dem Militärunfall

W eil sie in einen anderen Kanton gezogen sei , habe sie der Beschwerdeführer zwischen Mai 2010 und dem 13. Juli 2013 nicht mehr konsultiert . Dieser habe sich, nachdem sich seine Symptome in der Zwischenzeit noch verschlechtert hätten, in einem beunruhigend schlechten Gesundheitszustand gezeigt. Da sie im Jahr 2012 ein intensives Selbststudium betreffend chronische Borreliose ab solviert habe, habe sie mit dem Beschwerdeführer die Checkliste nach Dr. med. M.____ durchgearbeitet. Aufgrund der vorhandenen Symptome habe sich – trotz negativer Serologie - ein hoher Verdacht auf chronische Borreliose ergeben (Urk. 8/58 S. 1 f.). Seit dem 23. Januar 2013 erfolge nun eine intensive antibiotische Behandlung. Ursächlich für die 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 4. Juli 2007 seien der Sturz während des Militärdienstes und die durch einen - allenfalls ebenfalls während des Militärdienstes erlittenen – Zeckenbiss erfolgte Ansteckung mit chronischer Borreliose. Sie habe im Übrigen bei verschiedenen Borreliosepatienten festgestellt, dass sich eine vorbestehende Borreliose im Anschluss an eine Belastung, in Form etwa einer sonstigen Krankheit oder vor allem eines Unfalls, häufig massiv verschlimmere (Urk. 8/58 S. 2) . 3.

E. 15

Dr. med. N.____ , Facharzt FMH für Allgemeine Medizin,

stellte am 22. Februar 2013 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/59 S. 1): - Posttraumatisches POS/ADHS (Militärunfall), bestehend seit 2007 - Differentialdiagnose : Borreliose, Zeitpunkt der Infektion unklar, bestehend seit 2007

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten nachstehende , seit dem im Jahr 2007 erlittenen Unfall bestehende Diagnosen: - Gelegentliche Armschmerzen links nach Handgelenk- und Ellbogen - frakturen - Rückenschmerzen

Als Multimediaelektroniker und als Lastwagenfahrer sei der Beschwerdeführer seit dem Unfall im Jahr 2007 zu 0 % [richtig wohl 100 %] arbeitsunfähig. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Seine Leistungsfähigkeit sei insofern eingeschränkt, als er einen absolut unstrukturierten Alltag, teilweise mit Umkehr von Tag und Nacht, aufweise und sich kaum um seine Familie kümmere (Urk. 8/59 S. 2) .

Betreffend die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit seien entsprechende Abklärungen seitens der

IV-Stelle indiziert. Eine Verbesserung des Leistungsvermögens lasse sich allenfalls durch eine Behandlung mit Ritalin und mit Antibiotika erzielen (Urk. 8/59 S. 3). 3.

E. 16

In seiner auf den Akten beruhenden Stellungnahme vom 14. März 2013 (Urk. 8/61 S. 3) gelangte RAD-Arzt Dr. med. O.____ , Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Hämatologie, - unter Hinweis auf die negative Labortestung und darauf, dass die (im Wesentlichen unspezifische Symptome enthaltende) „Checkliste nach Dr. M.____ “ gemäss dem Verfasser selbst gerade nicht als Diagnoseinstrument zu verstehen sei – zum Schluss, dass eine Borreliose beziehungsweise ein daraus resultierender Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht ausgewiesen sei . 3.

E. 17

Gestützt auf die Ergebnisse der erneuten neuropsychologischen Untersuchung vom 11. April 2013 (Urk. 3) stellten die Ärzte des G.____ , Klinik für Neurologie, in ihrem gleichentags verfassten Bericht folgende Diagnosen: - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung - Differentialdiagnosen : ADHS, reaktive Depression, (chronische

Borreliose)

Subjektiv hätten sich die Beschwerden seit der letzten Testung am 4. Juni 2009 nicht verbessert. Der Beschwerdeführer klagt weiterhin über verminderten Antrieb, Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Frustration, Trauer über seine Situation und Aggression. Die aktuelle Testung habe ein im Wesentlichen unverändertes neuropsychologisches Leistungsprofil mit un spezifischen leicht- bis mässiggradigen kognitiven Einschränkungen ergeben. Bei Hinweisen auf eine depressive Stimmungslage sei nach wie vor am ehesten von einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer reaktiven Depression auszugehen. Eine chronische Borreliose als Ursache der Symptomatik sei – bei negativer IgG - und IgM - Borrelien -Serologie – nicht anzunehmen. 3.

E. 18

Die Ärzte der A.____, Schul- und Komplementärmedizin, stellten am 18. November 2013 folgende Diagnosen (Urk. 14): - Chronische Borreliose in aktiviertem Zustand - Beckenschiefstand, Skoliose und Fehlhaltung im Bewegungsapparat nach Unfall - Posttraumatische Belastungsstörung mit neuropsychologischen Defiziten - ADHS-Syndrom

Die Arbeitsfähigkeit des erst seit kurzem in der Klinik in Behandlung stehenden Beschwerdeführers lasse sich zwar nur teilweise beurteilen. Fest stehe allerdings, dass das von diesem vorgelegte orthopädische Gutachten nicht korrekt sei. Eine nicht behandelte chronische Borreliose sei mit einer deutlichen Leistungsverminderung verbunden. 4. 4.1

Nach Lage der Akten steht fest und ist unbestritten, dass die beim Sturz vom 4. Juli 2007 erlittenen Frakturen am linken Ellbogen und der linken Hand sowie die lumbale Kontusion schon bald wieder abheilten und keine Leistungseinbusse mehr zeitigten (Urk. 8/25 S. 63, Urk. 8/26 S. 15, Urk. 8/35 S. 42). Aufgrund der Ergebnisse der fundierten entsprechenden Untersuchungen ist sodann davon auszugehen, dass der weiterhin geklagten Symptomatik kein organisch objektiver Gesundheitsschaden, insbesondere keine Verletzung des Gehirns (Urk. 8/25 S. 48), zu Grunde liegt (vgl. auch Urk. 8/35 S. 24 f.). Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer infolge einer psychischen Störung und/oder einer chronischen Borreliose dauerhaft in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. 4.2

Aufgrund der zitierten medizinischen Berichte sind die seit dem Unfall vom 4. Juli 2007 anhaltenden multiplen Beschwerden vor dem Hintergrund einer psychischen Störung zu sehen. Dass der Beschwerdeführer, dem kein Zeckenstich erinnerlich ist, seit Sommer 2007 an einer chronischen Borreliose leidet, ist nicht anzunehmen. So beruht die von der Psychiaterin Dr. J.____ am 20. Februar 2013 gestellte – nicht in ihren Fachbereich fallende – entsprechende Diagnose einzig auf der Checkliste nach Dr. med. M.____ (Urk. 8/58 S. 2). Damit, dass der Beschwerdeführer, nachdem die Militärversicherung ihre am 21. Januar 2010 (Urk. 8/25 S. 18-23) verfügte Leistungsverweigerung mit Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2012 bestätigt (Urk. 8/44) und ihm die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 22. Oktober 2012 (Urk. 8/48) die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht gestellt hatte, auf Befragung (fast) sämtliche in der Liste angeführten (unspezifischen) Symptome bejahte (Urk. 8/58 S. 4 f.), ist eine – zuvor während knapp sechs Jahren von keinem der behandelnden und untersuchenden Ärzte auch nur differentialdiagnostisch in Betracht gezogene - Borreliose jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Dass Dr. J.____ trotz des negativen Befundes der Laboruntersuchung (Urk. 8/58 S. 2; vgl. hierzu auch Urk. 8/61 S. 3 und Urk. 3) und trotz der Tatsache, dass die Checkliste nach

Dr. med. M.____ explizit kein Diagnoseinstrument darstellt, sondern lediglich für öffentliche Erhebungen bestimmt ist (vgl. hierzu etwa [http://www.lymenet.de/BurrD.htm#DIAGNOSTIC CRITERIA](http://www.lymenet.de/BurrD.htm#DIAGNOSTIC_CRITERIA) und Urk. 8/61 S. 3), an der fraglichen Diagnose festhielt, vermag nicht einzuwirken (vgl. hierzu auch Bericht des G.____, Klinik für Neurologie, vom 11. April 2013 [Urk. 3] und Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. O.____ vom 14. März 2013 [Urk. 8/61 S. 3]). Offenbar brachte denn die am 23. Januar 2013 begonnene intensive antibiotische Behandlung des fraglichen Leidens (vgl. Urk. 8/58 S. 2) auch keine wesentliche Besserung (vgl. Urk. 14). Auf den Bericht der A.____ vom 18. November 2013 (Urk. 14) kann insofern nicht abgestellt werden, als die Ärzte, die sich aufgrund der erst kurzen Behandlungsdauer zu einer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ausserstande sahen, die von ihnen (unter anderem) gestellte Diagnose einer chronischen Borreliose in aktivem Zustand nicht begründeten. 4.3

Hinsichtlich der Natur der psychischen Störung und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen ging die IV-Stelle gestützt auf das Gutachten des Y.____

vom 15. Juni 2011 (Urk. 8/35) davon aus, dass der Beschwerdeführer an einer leichten depressiven Episode sowie einer Akzentuierung von narzisstischen Persönlichkeitszügen leide und dadurch nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (Urk. 2, Urk. 7).

Die Expertise des Y.____ enthält eine umfassende Stellungnahme zu den vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/35 S. 42 ff.), beruht auf einer fundierten orthopädisch-chirurgischen (Urk. 8/35 S. 22 ff.), neuropsychologischen (Urk. 8/35 S. 26 ff.) und psychiatrischen (Urk. 8/35 S. 33) Untersuchung, erging in Kenntnis der Vorakten (Urk. 8/35 S. 2 ff.) und berücksichtigt die geklagten Beschwerden (Urk. 8/35 S. 44 f.; zum Beweiswert eines medizinischen Gutachtens vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Dabei gingen auch die Experten des Y.____ davon aus, dass aus organischer Sicht kein sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkender Gesundheitsschaden bestehe (Urk. 8/35 S. 42 ff.). Der begutachtende Psychiater des Y.____ gelangte – aufgrund der im Rahmen seiner eingehenden (auch testpsychologischen) Untersuchung erhobenen Befunde (Urk. 8/35 S. 37) und unter Berücksichtigung nicht nur der vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden (Urk. 8/35 S. 33 ff.; Urk. 1 S. 8), sondern auch der telefonischen Angaben des damals behandelnden Psychiaters Dr. med. P.____ vom 25. März 2011 (Urk. 8/35 S. 40) – zum einleuchtenden Schluss, dass die psychische Symptomatik unter die Diagnosen einer leichten depressiven Episode und einer Akzentuierung von narzisstischen Persönlichkeitszügen zu subsumieren sei und keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (Urk. 8/35 S. 41 ff.). Entgegen den entsprechenden Ausführungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 9) legte der Psychiater des Y.____ überzeugend dar, dass die von den Ärzten zuvor diagnostizierten beziehungsweise vermuteten anderen psychischen Störungen nicht (mehr) vorlägen. Namentlich führte er dabei nachvollziehbar aus, dass eine posttraumatische Belastungsstörung, wie sie Dr. J.____ fest gestellt hatte, mangels entsprechender Anhaltspunkte sowohl in den medizinischen Akten (einschliesslich der Berichte von Dr. J.____ selbst) als auch im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung auszuschliessen sei (Urk. 8/35 S. 41). Die ebenfalls von Dr. J.____ gestellte Diagnose einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung lasse sich – auch aufgrund der Ausführung der genannten Psychiaterin selbst – in keiner Weise nachvollziehen. Auch eine – von verschiedenen Ärzten festgestellte beziehungsweise vermutete – Somatisierungsstörung verneinte er mit der nachvollziehbaren Begründung, dass sich die

Schmerzschilderungen und das Verhalten des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung mit einer derartigen Störung nicht vereinbaren liessen. Das Vorliegen der von Dr. Z.____ am 2. November 2010, mithin über drei Jahre nach dem Unfall vom 4. Juli 2007, diagnostizierten Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten negierte er schliesslich – angesichts der entsprechenden Diagnosekriterien nach ICD-10 zutreffend - deshalb, weil eine derartige Störung definitionsgemäss nach dem auslösenden Ereignis nicht länger als zwei Jahre diagnostiziert werden könne (Urk. 8/35 S. 38). Dass der Psychiater des Y.____ für die Zeit nach Ablauf dieser zwei Jahre keine Ersatzdiagnose für die fragliche Störung anführte (Urk. 1 S. 8), stellt in sofern keinen Mangel am Gutachten dar, als er sämtliche vorhandenen psychischen Symptome im Rahmen der festgestellten leichten depressiven Episode beziehungsweise der Akzentuierung von narzisstischen Persönlichkeitszügen interpretierte (Urk. 8/35 S. 40 ff.).

Was sodann die neuropsychologischen Defizite anbelangt, ergab die neuropsychologische Begutachtung durch das Y.____ zwar - aufgrund des Aggravationsverhaltens des Beschwerdeführers – keine verwertbaren Ergebnisse (Urk. 8/35 S. 26 ff.). Die – bei unveränderter Symptomatik – am 4. Juni 2009 (Urk. 8/23 S. 18 f.) und am 11. April 2013 (Urk. 3) im G.____ durchgeführten neuropsychologischen Untersuchungen ergaben indes übereinstimmend unspezifische leichte bis mässiggradige kognitive Einschränkungen, welche am ehesten im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer reaktiven Depression interpretiert wurden. Letztgenannte Störung wurde denn von den Gutachtern des Y.____ – anders als die posttraumatische Störung - auch bestätigt; die Experten des Y.____ legten indes überzeugend dar, dass die Arbeitsfähigkeit dadurch nicht beeinträchtigt werde (Urk. 8/35 S. 46). Etwas Gegenteiliges geht auch aus den beiden fraglichen Berichten der Neuropsychologen des G.____ nicht hervor (Urk. 8/123 S. 18 f. und Urk. 3 im Prozess Nr. IV.2013.00402). Der Umstand, dass der Psychiater des Y.____ zwar sein Teilgutachten (Urk. 8/35 S. 69), nicht aber das Gesamtgutachten (Urk. 8/35 S. 49) unterzeichnete (Urk. 1 S. 11 im Prozess Nr. MV.2012.00010), tut der Beweiskraft der Expertise schliesslich ebenfalls keinen Abbruch. Einerseits hatte er nämlich Kenntnis vom Ergebnis der weiteren Untersuchungen (vgl. Urk. 8/35 S. 38), und andererseits wurde seine Einschätzung im Gesamtgutachten unverändert übernommen. Ein ADHS beziehungsweise POS als Ursache der Symptomatik, wie dies – erst nach der Begutachtung durch das Y.____ – vom Allgemeinmediziner Dr. N.____ und von den Ärzten der A.____ vermutet beziehungsweise festgestellt wurde (Urk. 8/59 S. 1 und Urk. 14), ist insofern nicht anzunehmen, als die genannten Ärzte nicht darlegten, weshalb sie die – seit Jahren unveränderten und zuvor von keinem Arzt im Rahmen einer derartigen Störung interpretierten – Beschwerden unter die fragliche Diagnose subsumierten. 4.4

Nach dem Gesagten ging die IV-Stelle zu Recht von einer seit 20. Dezember 2007 bestehenden uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 2, Urk. 7). Dass weitere medizinische Abklärungen (Urk. 1 S. 2) zu einem anderen Ergebnis führen würden, ist nicht anzunehmen, weshalb davon abgesehen werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen). Anzumerken bleibt, dass der Beschwerdeführer, der sich selbst seit dem 4. Juli 2007 als gänzlich arbeitsunfähig betrachtet (vgl. etwa Urk. 8/25 S. 63, Urk. 8/35 S. 54, Urk. 3 S. 1), tatsächlich ab 1. März 2008 für eine volle Vermittelbarkeit beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) angemeldet war (Urk. 8/25 S. 61) und vom 1. September bis 28. November 2008 – gemäss Arbeitszeugnis vom 28. November 2008 selbständig, zuverlässig und zur vollen

Zufriedenheit der Arbeitgeberin - vollzeitlich als Chauffeur Kat. C arbeitete (Urk. 8/25 S. 41-43, vgl. Urk. 8/25 S. 39). Die Auflösung des Arbeitsverhältnisses erfolgte, weil er sich nach eigenen Angaben – aufgrund der immer noch gleich vorhandenen Symptome (Urk. 9/113 im Prozess Nr. MV.2012.00010) - schlecht gefühlt und daher nicht mehr zu arbeiten getraut hatte (Urk. 9/112 im Prozess Nr. MV.2012.00010); eine Arbeitsunfähigkeit war ihm damals echtzeitlich nicht attestiert worden. 4.5

Da sich die Rentenverweigerung demnach als rechtmässig erweist, ist die Beschwerde abzuweisen. 5. 5.1

Weil der Beschwerdeführer bedürftig ist (vgl. Unterstützungsbestätigung der Wohnsitzgemeinde vom 1. Juli 2013, Urk. 11/1), der Prozess nicht als aussichtslos bezeichnet werden kann und sich die anwaltliche Vertretung angesichts des Umstands, dass der Beschwerdeführer selbst rechtsunkundig ist und ein erhebliches Interesse am Ausgang dieses Verfahrens hat, rechtfertigt, ist ihm - antragsgemäss (Urk. 1 S. 2, S. 10 f.) –

gestützt auf § 16 Abs. 1 und Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung zu bewilligen und in der Person von Rechtsanwältin Ursula Reger- Wytenbach, Zürich, eine unentgeltliche Rechtsvertreterin zu bestellen. 5.2

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit. a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 700.-- dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5.3

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers machte am 28. Oktober 2014 einen Aufwand von 8,02 Stunden und Barauslagen im Betrag von Fr. 58.-- geltend (vgl. Telefonnotiz vom 28. Oktober 2014, Urk. 19). Der verrechnete Zeitaufwand erscheint angemessen. Unter Berücksichtigung eines praxisgemässen Stundenansatzes von Fr. 200.-- sowie der Barauslagen von Fr. 58.-- (je zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit einem Betrag von Fr. 1'794.95 aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 6. Mai 2013 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwältin Ursula Reger- Wytenbach als unentgeltliche Rechtsbeiständin für das vorliegende Verfahren bestellt.

Der Beschwerdeführer und seine Rechtsvertreterin werden auf § 16 Abs. 4 GSVGer aufmerksam gemacht, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer

aufgelegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Ursula Reger-Wyittenbach, Zürich,

wird mit Fr. 1'794.95 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt.

Der Beschwerdeführer wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Ursula Reger-Wyittenbach - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 9/112 und Urk. 9/113 im Prozess Nr. MV.2012.00010 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Fischer

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