

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00391 vom 27. Mai 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-05-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00391

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00391 du 27 mai 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00391 del 27 maggio 2014

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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.

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.4

und Ziff.

E. 1.5

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 Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zu sammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 14. März 2013 (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen von einem verbes serten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers insofern aus, als dass spätes tens seit dem Untersuchungsdatum vom 5. Juli 2012 für sämtliche leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Die angestammte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter sei bei Einhaltung dieses Leistungsprofils in vollem Umfang zumutbar, wobei keine Erwerbsein busse entstehe. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend (Urk. 1), im vorliegend strittigen Gutachten würden die einzelnen Diagnosen mit fragwürdigen Argu menten ohne Angabe der durchgeführten Testungen und ohne weitere Begrün dung einfach weggelassen. Das Gutachten sei deshalb nicht zu verwerten. Aus serdem habe sich sein Gesundheitszustand seit Jahren nicht verändert, es liege lediglich eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränder ten Sachverhaltes vor (S. 7 f.). 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Einstellung der bisherigen ganzen Rente rech tens ist. Dabei bildet die Verfügung vom 6. Mai 2003 (Urk. 7/33) den zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Veränderung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom

14. März 2013 (Urk. 2), zumal in den Jahren 2004 und 2009 keine substantiierte materielle Prüfung des Renten anspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung stattfand en (vgl. vorstehend E. 1.3). 3.

E. 1.11

).

E. 3

1. März 2011 ausgefüll ten Revisionsfragebogens (Urk. 7/79) holte die IV-Stelle unter anderem bei der MEDAS Y.____ ein interd isziplinäres Gutachten ein, das am 6. November 2012 erstattet wurde (Urk. 7/108). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren

(Urk. 7/110-116)

hob

die IV-Stelle mit Verfügung vom 14. März 2013 die bisher ausgerichtete Rente auf (Urk. 7/117 = Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 29. April 2013 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 14. März 2013 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben (S. 2 Ziff. 1) und es sei ihm weiterhin die bisherige Invalidenrente auszurichten (S. 2 Ziff. 2). Es seien ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine angemessene Rente, zuzusprechen (S. 2 Ziff. 3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 4. Juni 2013 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 19. Juni 2013 wurde n antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff.

E. 3.1

Der erstmaligen Leistungszusprache lagen die folgenden medizinischen Berichte zu Grunde:

E. 3.2

Die Ärzte der Z.____ berichteten am 20. Februar 2002 (Urk. 7/5/7-1 2) über die stationäre Rehabilitation des Beschwerdeführers vom 16. Januar bis 13. Februar 2002. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Unfall vom 12. Juni 2001: Faustschlag auf linkes Auge mit - Blow-out Fraktur medial und inferior Orbita links - milde traumatische Hirnverletzung - Herpes Zoster C6 rechts (November 2001)

Sie führten aus, die neuropsychologische Untersuchung habe inkonsistente Testergebnisse bei ausgeprägter Schmerz- und Schwindelproblematik mit zeitweiser Leistungsblockierung ergeben. Die Testergebnisse seien daher nur begrenzt verwertbar. Beim Test sei auffällig, dass der Beschwerdeführer viele knapp falsche Angaben mache, so dass die neuropsychologische Störung nicht transparent gemacht werden könne (S. 2 oben). Objektiv sei der Beschwerdeführer bei seinem Austritt in einem psychisch sowie physisch besseren Zustand als bei seinem Eintritt gewesen. Er sei jedoch nach wie vor zu 100% arbeitsunfähig, wobei dies im Verlaufe der Zeit von den behandelnden Ärzten angepasst werden könne. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit könne in den kommenden Wochen und Monaten erwartet werden (S. 3 Mitte).

E. 3.3

Dr. med. A.____, FMH für Allgemeinmedizin, berichtete am 28. Juni 2002 (Urk. 7/5/1 -6) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 lit. A): - Unfall am 12. Juni 2001 mit - Blow-out Fraktur Orbita links, Status nach Reposition mit PDF-Schale 20. Juni 2001, persistierender Enophthalmus - milde traumatische Hirnverletzung mit persistierender (leichter) Mundastschwäche

Nervus

facialis links - posttraumatische Belastungsstörung (Angststörung und depressive Verstimmung) - Schmerzchronifizierung (vor allem Kopf- und Nackenschmerzen)

Er führte aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 12. Juni 2001 zu 100% arbeitsunfähig (S. 1 lit. B). Sein Gesundheitszustand sei eventuell besserungsfähig (S. 1 lit. C).

E. 3.4

Med. pract . B.____ , Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie, berichtete am 30. August 2002 (Urk. 7/19) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit . A): - chronische posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), bestehend seit Juni 2001, mit Bezug auf die erlittene Gewalt am 12. Juni 2001 - Status nach Blow-out Fraktur medial inferior Orbita links am 12. Juni 2001 - Status nach milder traumatischer Hirnverletzung am 12. Juni 2001 - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), bestehend seit Juni 2001

- Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.0) bestehend seit mindestens Januar 2002 sowie beginnende Somatisierungsstörung

Er führte aus, seit dem 13. März 2002 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (lit . B). Es sei auch auf längere Sicht mit keiner Besserung zu rechnen. Auch unter intensiven stationären und multidisziplinären Massnahmen habe sich das Beschwerdebild nicht verändert, desgleichen unter der bislang erfolgten ambulanten Therapie. Insgesamt erscheine die Prognose ungünstig und im Verlauf zeige sich eine Tendenz zu Chronifizierung (lit . D . 7).

4.

E. 4

) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. März 2013 (Urk. 2) auf folgende Berichte:

E. 4.2

Die Ärzte der MEDAS C.____ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten zuhanden der Unfallversicherung des Beschwerdeführers am 16. April 2003 (Urk. 7/38) gestützt auf die Unfallakten sowie die Untersuchungen des Beschwerdeführers. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 18 Ziff. 3.1): - Zustand nach Blow-out Fraktur medial inferior orbital links vom 12. Juni 2001, operativ versorgt am 20. Juni 2001, als Folge einer tätlichen Auseinandersetzung - posttraumatische Anpassungs- oder Belastungsstörung nach Blow-out Fraktur am 12. Juni 2001 als Folge einer tätlichen Auseinandersetzung, verbunden mit einer Vielfalt teils ängstlich-depressiver, teils somatischer, teils somatoformer Symptome bei passiv-verweigerndem Interaktionsmodus auf dem Boden einer narzisstischen Dynamik (ICD-10 F43.2 oder ICD-10 F43.1/F45.1) - kognitive Leistungsschwankungen/-einschränkungen unklaren Ausmasses bei starker Überlagerung der Befunde durch andere Faktoren

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten sie eine grosse Narbe im Wangenbereich links nach Schnittverletzung Dezember 1998, Myokymien der fazialisversorgten Muskulatur linksseitig, ein zerviko-cephales

zerviko-brachial linksbetontes Schmerzsyndrom sowie eine Lumboischialgie links (S. 18 Ziff. 3.2).

Sie führten aus, insgesamt wirke der Beschwerdeführer in der Untersuchungssituation deutlich niedergeschlagen. Neurologischerseits sei eine Gesichtasymmetrie

augenscheinlich mit linksseitig tiefer liegendem Orbitaboden infolge der benannten Blow-out Fraktur. In diesem Zusammenhang stehe auch die neural giforme Trigemini-Schmerzsymptomatik im Ausbreitungsgebiet V1 und V2

(S.

19 f.) .

Orthopädischerseits bestätige sich die Gesichtasymmetrie mit Enophthalmus links, supra- und infraorbital ausgeprägter Druckschmerzhaftigkeit , sowie eine endgradig schmerzhaft eingeschränkte HWS-Beweglichkeit mit Angabe von Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des Musculus

trapezius linksseitig (S. 20 oben).

Radiologisch, im Kernspintomogramm der LWS, bestanden Zeichen einer Diskopathie in sämtlichen Abschnitten mit mässigen degenerativen Veränderungen. Die HWS-Untersuchung sei allseits entsprechend unauffällig ausgefallen (S. 20 Mitte). Von psychiatrischer Seite falle eine ängstlich-depressive Symptomatik in leicht bis mittelschwerer Ausprägung auf mit Fokussierung auf die Sorge um die eigene Gesundheit. Neuropsychologisch hätten kognitive Leistungsschwankungen und Einschränkungen unklaren Ausmasses bei starker Überlagerung der Befunde durch externe Faktoren dokumentiert werden können (S. 20 unten).

E. 4.3

Med. pract . B.____ (vorstehend E. 3.4) berichtete am 2. April 2004 (Urk. 7/45) und führte aus, es sei zu einer auch den weiteren Verlauf prägenden Chronifizierung der Symptome gekommen. Weder medikamentöse noch psychotherapeutische Interventionen hätten auf die somatoformen Symptome einen positiven Effekt gezeigt. Hingegen habe sich die depressive und ängstliche Symptomatik leicht gebessert. Es bestehe weiterhin eine mindestens 80%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1 unten).

E. 4.4

Dr. med.

D.____ , Facharzt für Neurologie, Allgemeine Medizin FMH, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. E.____ , Spezialarzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, erstatten ihr interdisziplinäres Gutachten zuhanden der Unfallversicherung des Beschwerdeführers am 6. Januar 2006 (Urk. 7/82/3-25) gestützt auf die Unfallakten, ein psychiatrisches sowie ein neurologisches Konsiliargutachten sowie die Befragung und Untersuchung des Beschwerdeführers. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 13 Ziff. 3.1): - persistierende Kopf- und Gesichtsschädelschmerzen links bei/mit: - Status nach Blow-out Fraktur medial inferior orbital links 1 2. Juni 2001, operativ versorgt 2 0. Juni 2001 - Zervikalsyndrom mit Funktionseinschränkung der HWS und deutlichen Osteochondrosen sowie Unkovertebralarthrosen mittelzervikal - sekundär reaktiven

Tendomyosien linker Schultergürtel mit klassischer referred - pain -Symptomatik - Schädigung des N. trigeminus links zweiter Ast mit Deafferenzierungsschmerz im ersten bis dritten Ast - ophthalmologisch Hebungseinschränkung links, dekompensierte

Exo - und Hyperphorie links und Verdacht auf V-Schielform (Juni 2005) - chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung nach Blow-out Fraktur am 1 2. Juni 2001 als Folge

einer tätlichen Auseinandersetzung, verbunden mit einer Vielfalt teils ängstlich-depressiver, teils somatischer, teils somatoformer Symptome bei passiv-verweigerndem Interaktionsmodus auf dem Boden einer narzisstischen Dynamik (ICD-10 F43.1/45.1) - gegenüber der Voruntersuchung vom Oktober 2002 stärker ausgeprägte depressive Symptomatik schweren (bis mittelschweren)

Ausprägungsgrades (ICD-10 F38.8), hingegen weniger ausgeprägte Intrusionen - periphere N. facialis-Läsion links vorwiegend den zweiten Ast betreffend bei/mit: - Status nach Schnittverletzung linke Wange Dezember 1998 - Reinnervation mit Fehlaussprossung und klinisch Myokymien und peri okulären

N. facialis -Spasmen

Sie führten aus, bei der jetzigen Untersuchung des Beschwerdeführers zeigten sich im Wesentlichen gegenüber der Voruntersuchung keine neuen relevanten Aspekte. Neurologisch unter Miteinbezug der fachärztlich-neurologischen Untersuchung bestünden eine Hyp- und Dysästhesie in der linken Gesichtshälfte sowie periokuläre Kontraktionen links bei intaktem Augenschluss. In der psychiatrischen Exploration zeigte sich gegenüber der Voruntersuchung eine eher depressivere Stimmungslage mit verstärkter Klage über die Beschwerden mit Angabe ängstlich-depressiver Symptome (S. 16). Das wegen der Beschwerden und Funktionseinschränkung zervikal angefertigte Röntgenbild der HWS ergebe unter Berücksichtigung des Alters fortgeschrittene Osteochondrosen und mässige bis deutliche Unkovertebralarthrosen mittelnackal. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, welche im grossen und ganzen mit kleinen quantitativen Abweichungen denjenigen vor drei Jahren entsprächen, seien durch die beschriebenen neurologischen und rheumaorthopädischen Befunde der Art und Lokalisation nachvollziehbar und für die typischen referred-pain-pattern auch provozierbar. Als Ursache der persistierenden Kopf- und Gesichtsschmerzen links liege eine Mischung aus einer Funktionsstörung der HWS bei deutlich degenerativen Veränderungen, einem deutlichen myofaszialen Schmerzsyndrom des ganzen linken Schultergürtels und den neurologisch verifizierten persistierenden Störungen nach der Blow-out Fraktur links mit Trigeminal-Schädigung vor (S. 17). Gemessen an einem 100%igen Pensum würden die unfallkausalen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit polydisziplinär zusammengefasst 50 %

betragen,

zusätzlich die erwähnten qualitativen Einschränkungen (S. 22).

4.5

Dr. A.____ (vorstehend E. 3.3) berichtete am 13. Juli 2009 (Urk. 7/69) und führte aus, im Vordergrund stehe unverändert die chronische Schmerzsymptomatik. Die Situation sei in den letzten Jahren unverändert geblieben. Es sei auch nicht mit einer Veränderung (Verbesserung) zu rechnen (S. 3 Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei nicht mehr arbeitsfähig (S. 3 Ziff. 1.7).

Am 12. April 2011 (Urk. 7/81) berichtete Dr. A.____

und führte aus, die Situation habe sich nicht verändert. Im Vordergrund stünden nach wie vor die chronischen Schmerzen. Es sei auch nicht mit einer beziehungsweise Verbesserung zu rechnen. Der Beschwerdeführer sei unverändert zu 100% arbeitsunfähig. Dies gelte für alle Tätigkeiten. Es sei nicht damit zu rechnen, dass er wieder erwerbsfähig werde (S. 2 Ziff.

E. 4.6

Die Ärzte der MEDAS Y.____ erstatteten ihr interdisziplinäres Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin am 6. November 2012 (Urk. 7/108) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen des Beschwerdeführers. Sie nannten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 42): - vertebrale bis linksbetonte spondylogene Beschwerden zerviko -thorakal und lumbal mit/bei: - leichter Wirbelsäulenfehlstatik, muskulärer Dysbalance , beginnenden degenerativen Wirbelsäulenveränderungen zervikal und lumbal - Status nach Blow-out Fraktur links Juni 2001 mit/bei: - Enophthalmus links - Status nach Schnittverletzung links Wange 1998 mit/bei: - residuell leichter, mundastbetonter Fazialisparese links mit Myokymien der fazialisversorgten Muskulatur - sensibles Hemisyndrom links, keinem organischem Korrelat zuzuordnen - Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom links - Adipositas - Nikotinabusus

Sie führten aus, seitens der am Gutachten beteiligten Fachgebiete seien keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vergeben worden (S. 42 oben).

Im Rahmen der psychiatrischen

Exploration sei aktuell beim Beschwerdeführer ein unauffälliger psychischer Befundstatus festgestellt worden. Insbesondere hätten sich keine Hinweise für das Vorliegen einer depressiven Störung mit eigenständigem Krankheitswert oder einer anhaltenden somatoformen

Schmerz störung ergeben (S. 52 unten). Eine schwerwiegende behandlungs bedürftige psychiatrische Störung werde zumindest in den letzten Jahren für eher unwahr scheinlich gehalten (S. 53 oben). Vordergründig habe beim Beschwer deführer teilweise eine klagsame , defizit- und beschwerdeorientierte Schilderungswiese , welche sehr auf das stattgehabte Überfallgeschehen und auf die Schmerzen fixiert gewesen sei, bestanden. Der Beschwerdeführer sei auch mit sehr selbstli mitativen Äusserungen und Gebaren aufgetreten. Weiter sei bei ihm eine regressiv passive Forderungshaltung aufgefallen. Er sei zu einer gewissen Be drücktheit geneigt, ohne dass eine anhaltende schwere depressive Affektivität auszumachen gewesen sei. Er habe sich mitunter auch nicht mehr über eine eigenständige depressive Symptomatologie beklagt, sondern habe sich mehr heitlich undifferenziert über diverse Schmerzen geäussert und sei thematisch auf das Überfallgeschehen vom Juni 2001 verhaftet gewesen (S. 42 unten). Der Beschwerdeführer habe angegeben, seit zirka 2003 nicht mehr in psychiat rischer Behandlung zu sein, da kein Behandlungsbedarf mehr bestanden habe.

Zusammengefasst werde aus gutachterlicher Sicht und auf Basis der Ergebnisse aktuell sowie gemäss Angaben des Beschwerdeführers eine anhaltende psychi atrische Störung gemäss ICD-10 nicht diagnostiziert. Auf psychiatrischem Gebiet sei der Beschwerdeführer aktuell als voll arbeits- und leistungs fähig ein zustufen (S. 47 Mitte).

In der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung hätten sich inkonsistente Ergebnisse unterschiedlichen Ausmasses gezeigt, welche vor dem Hintergrund der Aktenlage, der Angaben des Beschwerdeführers, der Verhaltensbeobachtung sowie der Ergebnisse aufgrund einer nicht vorhandenen Leistungsbereitschaft im Sinne einer Aggravation zu interpretieren seien (S. 49 unten , S. 52 Mitte).

Die aus Sicht der Rheumatologie objektivierbaren Probleme , eine leichte Wirbelsäulenfehlstatik , eine muskuläre Dysbalance mit insbesondere druckdolenten Weichteilen,

hingegen keine relevanten funktionellen Defizite, sowie radiologisch beginnende degenerative Veränderungen der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule, würden keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beinhalten. Dies sei auch in früheren Beurteilungen und Gutachten festgehalten worden. Diesbezüglich seien keine neuen Aspekte anzufügen (S. 50 oben, S. 52 oben).

Aus neurologischer Sicht könne als Residuum beziehungsweise als Defektheilung der Schnittverletzung an der linken Wange eine leichte, mundastbetonte Fazialisparese links mit Myokymien der fazialisversorgten Muskulatur links festgehalten werden. Diese sei jedoch nicht in einem funktionell relevanten Ausmass vorhanden (S. 51 Mitte). Die im interdisziplinären Gutachten von 2006 postulierte Läsion des N. trigeminus links habe sich aktuell nicht bestätigen lassen und die angegebene Sensibilitätsminderung und Schmerzhaftigkeit der linken Körperhälfte liessen sich aus neurologischer Sicht keinem organischen Korrelat zuordnen (S. 52 Mitte). Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 51 oben).

Aus interdisziplinärer Sicht seien dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit und sämtliche leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Einschränkungen in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche ohne verminderte Leistungsfähigkeit zumutbar. Körperlich schwere Arbeiten könnten eine Exazerbation der vertebrealen bis spondylogenen Schmerzen zur Folge haben und seien daher eher nicht geeignet (S. 53). Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der etwas unklar vorliegenden Aktenlage die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit seit zirka 2003/2004 nicht exakt eruiert. Man könne allerdings davon ausgehen, dass der Grad der Arbeitsunfähigkeit zumindest in der näheren Vergangenheit bei 0 % anzusiedeln sei (S. 54 unten). Aus rheumatologischer Sicht seien die zurzeit zu objektivierenden muskuloskelettalen Beschwerden im Sinne einer vertebrealen bis spondylogenen Symptomatik initial. Erste Rapporte mit Auflistung derartiger Probleme gingen auf das Jahr 2002 zurück. In nachfolgenden interdisziplinären Beurteilungen sei dem Beschwerdeführer wegen Problemen seitens des Bewegungsapparates keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (S. 54 f.). Aus neurologischer Sicht bestehe keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr (S. 55 oben). Somit sei aus interdisziplinärer Sicht festzuhalten, dass keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr bestehe und eine solche auch retrospektiv nicht bestätigt werden könne (S. 55 oben). Aus interdisziplinärer Sicht sei eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in den letzten Jahren nicht vorgelegen. Aufgrund der fehlenden medizinischen Daten könne insbesondere ein allfälliger Zeitpunkt bezüglich der Verbesserung des psychischen Zustandes nicht genau datiert werden, wobei die gutachterlichen Schlussfolgerungen von 2005 aktuell nicht zu bestätigen seien (S. 55 Mitte).

E. 4.7

Dr. A.____ berichtete am 26. Januar 2013 (Urk. 7/114/1-5) und führte aus, die Situation habe sich nicht verändert. Im Vordergrund stünden nach wie vor die chronischen Schmerzen. Der Beschwerdeführer sei unverändert zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei nicht damit zu rechnen, dass er wieder erwerbsfähig werde (S. 2 Ziff. 1.4).

E. 4.8

Die Ärzte der F.____ berichteten am 23. April 2014 (Urk. 15/1) und führten aus, der Beschwerdeführer sei im vergangenen Jahr für insgesamt zwei Monate in der Tagesklinik

behandelt worden. Dieser berichtet erneut, dass die Zeit in der Tagesklinik keine Verbesserung seiner Symptome gebracht habe. Er klagt nach wie vor über ausgeprägte Konzentrationsstörungen. Er habe auch immer noch am ganzen Körper für ihn unerträgliche Schmerzen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe zurzeit keine Indikation für eine tagesklinische Behandlung, zumal der Beschwerdeführer diese beim letzten Mal als eher belastend und wenig hilfreich erlebt habe. Insgesamt sei davon auszugehen, dass sich das Zustandsbild, das mehr oder weniger seit 2001 bestehe, insoweit verfestigt habe, dass nicht unbedingt mit einer Verbesserung zu rechnen sei.

E. 4.9

Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Neurologie, berichtete am 25. April 2014 (Urk. 15/2) und nannte folgende Diagnosen: - chronische Zervikalgie und Lumbalgie, mit radikulären Reizerscheinungen in den linken Extremitäten; keine Hinweise für eine relevante Läsion einer zervikalen, lumbalen oder sakralen Wurzel - Status nach traumatisch bedingter Blow-out Fraktur links am 12. Juni 2001, mit Schädigung des N. trigeminus links - residuelle periphere Facialisparese links, bei Status nach Schnittverletzung im Wangenbereich links im Dezember 1998

Er führte aus, die zervikalen und lumbalen Beschwerden, welche auf den Sturz vom Juni 2001 zurückzuführen seien, hätten keine Folgen bezüglich einer Läsion einer zervikalen, lumbalen oder sakralen Wurzel. Neurologisch seien die Befunde unauffällig und ohne Hinweise auf für segmentäre oder periphere Ausfälle. Auch die durchgeführten EMG-Untersuchungen hätten normale Befunde ergeben. Therapeutisch sollten bei den zervikalen und lumbalen Beschwerden konservative Behandlungsmassnahmen weiterhin ausreichen (S. 3).

5. 5.1

Die Rentenzusprache im Jahr 2003 erfolgte gemäss Feststellungsblatt vom 28. November 2002 (Urk. 7/26) gestützt auf die Berichte von Dr. A.____ (vgl. vorstehend E. 3.3), med. pract. B.____ (vgl. vorstehend E. 3.4) sowie der Ärzte der Z.____ (vgl. vorstehend E. 3.1). Damals standen die Blow-out Fraktur der linken Orbita, eine milde traumatische Hirnverletzung mit persistierender Mundastschwäche, eine posttraumatische Belastungsstörung, eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode sowie ein Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund, und gestützt darauf wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

Gestützt auf das Gutachten der Ärzte der MEDAS Y.____ vom 6. November 2012 (vgl. vorstehend E. 4.7) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass beim Beschwerdeführer insbesondere durch die Rückbildung der psychischen Leiden nunmehr keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr festgestellt werden könnten, womit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei und der Beschwerdeführer in einer leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei.

Der Beschwerdeführer machte jedoch geltend, es würden keine Anhaltspunkte für eine Verbesserung seines Gesundheitszustandes bestehen. Zudem bemängelte er das MEDAS-Gutachten (Urk. 1. S. 7 f.). 5.2

Das MEDAS-Gutachten vom 6. November 2012 (Urk. 7/108) beruht auf den für die strittigen Belange umfassenden und allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die vom Beschwerdeführer

geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Sodann wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. So machte Teilgutachter in Dr. med. H.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, darauf aufmerksam (Urk. 7/108/90-134), dass beim Beschwerdeführer vordergründig eine klagensame, defizit- und beschwerdeorientierte Schilderungsweise bestanden habe, welche sehr auf das stattgehabte Überfallgeschehen und auf die Schmerzen fixiert gewesen sei, und er auch mit sehr selbstlimitativen Äusserungen und Gebaren aufgefallen sei (S. 35 oben). Weiter bezog Dr. H.____ ausdrücklich Stellung zu früheren psychischen Befunden und den in der Vergangenheit beim Beschwerdeführer diagnostizierten Störungen (S. 36 oben). Teilgutachter Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie FMH, zeigte zudem auf (Urk. 7/108/59-89), dass aus neurologischer Sicht als Residuum beziehungsweise als Defektheilung der Schnittverletzung an der linken Wange von 1998 eine leichte, mundastbetonte Fazialisparese links mit Myokymien der fazialisversorgten Muskulatur links festgehalten werden könne, diese jedoch nicht in einem funktionell relevanten Ausmass vorhanden sei (S. 27 Mitte). Teilgutachter

Dr. med. J.____, FMH Rheumatologie, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, legte ausserdem dar (Urk. 7/108/135-166), dass sich im Bereich der hauptsächlich geklagten Schmerzlokalisierung zervikal und am zerviko-thorakalen Übergang sowie lumbal keine relevanten funktionellen Defizite eruieren liessen,

keine Radikulopathie

vorliege und auch keine anderweitigen Hinweise auf eine Systemerkrankung fassbar seien (S. 28 oben).

Das MEDAS-Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Es ist somit für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. So zeigten die Gutachter in nachvollziehbarer Weise auf, dass sich beim Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Begutachtung weder aus rheumatologischer Sicht, noch aus neurologischer und neuropsychologischer beziehungsweise psychiatrischer Sicht Hinweise für eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Gesundheitsstörung ergeben haben. Überdies begründeten sie einlässlich und sorgfältig, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der Verbesserung seines Gesundheitszustandes die bisherige Tätigkeit und sämtliche leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Einschränkungen in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche ohne verminderte Leistungsfähigkeit zumutbar seien, körperlich schwere Arbeiten hingegen eine Exazerbation der vertebralen bis spondylogenen Schmerzen zur Folge haben könnten und daher nicht geeignet seien.

Das Gutachten erfüllt damit entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers die praxismässigen Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 5.3

Auf die Beurteilung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. A.____ (vgl. vorstehend E. 4.5, 4.6, 4.8), wonach der Beschwerdeführer nach wie vor zu 100% arbeitsunfähig sei, kann demgegenüber nicht abgestellt werden. So nannte er in seinen Berichten einzig die Diagnosen und legte weder die erhobenen Befunde dar, noch nahm er eine nachvollziehbar begründete und durch Befunde untermauerte medizinisch-theoretische

Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor. Die von Dr. A. ___ genannte Arbeitsunfähigkeit von 100 % kann vor dem Hintergrund nicht nachvollzogen werden, zumal er seine Einschätzung weder näher begründete noch Angaben zu funktionellen Einschränkungen machte, sondern lediglich von einer schlechten Prognose berichtete und sich allgemein auf den unveränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bezog. Zudem stützte er sich bei seinen Ausführungen auch auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, welche für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht massgebend sind. Auch seine Ausführungen, wonach nicht damit zu rechnen sei, dass der Beschwerdeführer je wieder erwerbsfähig werde, vermögen die ausführliche und eingehend begründete Beurteilung durch die MEDAS-Gutachter nicht zu entkräften.

Auch der Bericht von med.

pract. B. ___ (vgl. vorstehend E. 4.3), wonach es zu einer Chronifizierung der Symptome gekommen sei, vermag die Einschätzung der MEDAS-Gutachter nicht zu entkräften. So entbehren die von ihm gestellten Diagnosen einerseits einer Grundlage im beschriebenen Befund, andererseits äusserte

er sich in seiner Beurteilung nicht konkret zum Zustandekommen der gestellten Diagnosen und machte auch keine Angaben zu Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Die MEDAS-Gutachter konnten mit Blick auf den Verlauf der psychischen Beeinträchtigung die im Bericht von pract. med. B. ___ genannten Diagnosen einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung sowie einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode im Oktober 2012 nicht mehr bestätigen. Sofern in der Vergangenheit beim Beschwerdeführer gewisse Tendenzen oder eine bedrückte Stimmung punktuell vorgelegen haben sollten, seien diese gemäss MEDAS-Gutachter aktuell als vollständig remittiert zu werten und allenfalls im Zusammenhang mit der berichteten Schmerzkomponente und den selbstlimitativen Darstellungsweisen des Beschwerdeführers zu sehen (Urk. 7/108/90-134 S. 37 oben).

Diesbezüglich fällt ferner ins Gewicht, dass

sich der Beschwerdeführer seit 2003 nicht mehr in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung befindet und auch keine Psychopharmaka einnimmt. Unter diesen Umständen schien es trotz fehlender antidepressiver beziehungsweise intensiver psychopharmakologischer Behandlung zu keiner weiteren Entwicklung der psychiatrischen Symptomatik gekommen zu sein, was ebenfalls für die Remission des im Jahre 2002 noch beschriebenen depressiven Zustandes spricht. Ausserdem berichtete der Beschwerdeführer in der gutachterlichen Untersuchung von zielgerichteten Aktivitäten (vgl. Urk. 7 / 108/90-134 S. 29 Mitte), was ebenfalls mit der Diagnose einer depressiven Störung nicht vereinbar ist. Das Gesagte lässt den Schluss zu, dass der Leidensdruck des Beschwerdeführers nicht allzu hoch ist und psychiatrischerseits keine leistungsbeeinträchtigende Störung mehr vorliegt.

Zusammenfassend wurden somit keine Erkenntnisse vorgebracht, welche die ausführlich begründete Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit im MEDAS-Gutachten von 2012 umzustossen vermöchten. 5.4

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, der medizinische Sachverhalt sei nicht umfassend abgeklärt, und es seien deshalb weitere Abklärungen in die Wege zu leiten, vermag dies nach dem Gesagten nicht zu überzeugen.

Sowohl der physische als auch der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wurden in den Beurteilungen gebührend berücksichtigt. Der Beschwerdeführer vermochte sodann nicht weiter darzutun, inwiefern die Aktenlage unzutreffend beziehungsweise unvollständig wäre. Da ein anhaltender Gesundheitsschaden nach dem Gesagten nicht ausgewiesen ist, erweisen sich die vorliegenden medizinischen Akten als ausreichend, weshalb auf weitere Abklärungen verzichtet werden kann.

Anzufügen bleibt, dass es im Übrigen unter Beachtung des Unterschieds von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353; 124 I 170 E. 4. S. 175; Urteil des Bundesgerichts 9C_906/2011 vom 8. August 2012 E. 4.4) nicht angeht, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu abweichenden Einschätzungen gelangen oder an vor gängig geäußerten divergierenden Auffassungen festhalten (Urteile des Bundesgerichts 8C_567/2010 vom 19. November 2010 E. 3.2.2 sowie 9C_710/2011 vom 20. März 2012 E. 4.5).

Die Einwände des Beschwerdeführers in Bezug auf die medizinischen Abklärungen sind nach dem Gesagten unbehelflich. Weitere substantiierte Einwände brachte er nicht vor.

An dieser Beurteilung ändern auch die erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung verfassten Berichte der Ärzte der F.____ (vgl. vorstehend E. 4).

E. 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. 2 IVG).

E. 9

) sowie von Dr. G.____ (vgl. vorstehend E. 4).

E. 10

) nichts, da das Gericht der Beschwerde wegen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde legt, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5). 5.5

Nach der Würdigung der medizinischen Akten ist aufgrund des interdisziplinären MEDAS-Gutachtens mit dem erforderlichen Beweisgrad der Überwiegen der Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgewiesen. So bestehen im Vergleich zur Rentenzusprache im Jahr 2003 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Insbesondere konnte ein unauffälliger psychischer Befundstatus festgestellt werden und der erhobene klinische rheumatologische Befund bot keine Hinweise für relevante funktionelle Defizite. Diese Beurteilung stimmt ausserdem mit den Resultaten der neuropsychologischen Testung überein, zumal sich inkonsistente Ergebnisse unterschiedlichen Ausmasses gezeigt hatten, welche im Sinne einer Aggravation zu interpretieren sind. Auch die deutliche Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und dem unbeeinträchtigten klinischen Eindruck spricht für die komplette Abheilung der im Jahre 2002 dokumentierten Diagnosen und somit für eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E. 4.7).

Somit ist gestützt auf das MEDAS-Gutachten von Oktober 2012 davon auszugehen, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen und der Beschwerdeführer nunmehr in der bisherigen und einer leichten bis mittel schweren wechselbelastenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. 5.6

Die Invaliditätsbemessung im engeren Sinn wurde vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt. Es bestehen weder Anhaltspunkte, die auf eine Fehlerhaftigkeit der Invaliditätsbemessung schliessen lassen würden, noch gibt sie aufgrund der Akten (Urk. 7/109) zu Beanstandungen Anlass, so dass sich weitere Ausführungen erübrigen. 5.7

Der Einwand des Beschwerdeführers betreffend Selbsteingliederung (Urk. 1 S. 8 Ziff. 38-41) kann ebenfalls nicht gehört werden.

Das Bundesgericht geht in ständiger Rechtsprechung vom Regelfall aus, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist (Ulrich Meyer, Rechtsprechung zum IVG, 2. Auflage, Zürich 2010, S. 383). Praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden kann.

In ganz besonderen Ausnahmefällen hat die Rechtsprechung dennoch nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe von medizinisch-rehabilitativen und/oder beruflich-erwerblichen Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch zumutbaren Leistungsentfaltung entgegen stehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 E. 4.2.2, vom 10. September 2010, E. 4.2.2, SVR 2011 IV Nr. 30 S. 86).

Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Urteil 9C_228/2010 E. 3.3 vom 26. April 2011 dahin gehend präzisiert, dass die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben, nur zulässig ist, wenn die Beschwerdegegnerin zuvor Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat.

Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass solche versicherte Personen aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selber wieder einzugliedern.

Der am 10. August 1960 geborene Beschwerdeführer (vgl. Urk. 7/3) war im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 14. März 2013 (Urk. 2) erst 52 Jahre alt und bezog seit Juni 2002 (Urk. 7/33), mithin seit rund 11 Jahren, eine ganze Rente. Mit keinem der beiden Kriterien (Alter, Dauer Rentenbezug) fällt der Beschwerdeführer unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Personenkreis, bei welchem die Beschwerdegegnerin vor der Renteneinstellung die Frage der Zumutbarkeit der Selbsteingliederung zu prüfen beziehungsweise diesbezüglich Hilfeleistungen anzubieten hat. Dem Beschwerdeführer ist

die Verwertung seines Leistungspotentials demnach ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung zuzumuten und er sollte in der Lage sein, sich im Arbeitsmarkt selber wieder einzugliedern. Der Beschwerdeführer wurde von der Beschwerdegegnerin ausserdem bereits im März 2010 auf ein Angebot für den beruflichen Wiedereinstieg aufmerksam gemacht (vgl. Urk. 7/74).

5.8

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht eine revisionsrelevante Sachverhaltsänderung angenommen und beim neu b e stimmten Invaliditätsgrad von 0 % eine Renteneinstellung verfügt hat. Die Beschwer degegnerin hat in Übereinstimmung mit Art. 88 bis Abs. 2 lit . a IVV die Rentenaufhebung auf den ersten Tag des zweiten der Zustellung der angefoch tenen Verfügung vom 1 4. März 201 3 folgenden Monats verfügt.

Die angefochtene Verfügung vom 1 4. März 2013 (Urk. 2) erweist sich deshalb als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrens aufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 6.2

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der seit 1. Juli 2011 in Kraft stehenden Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt. 6.3

Der von Rechtsanwalt Thomas Wyss mit Eingabe vom 2 0. Mai 2014 geltend gemachte Aufwand von 18 Stunden 40 Minuten und Fr. 140.-- Barauslagen (Urk. 16) ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen . Insbesondere erscheint ein Aufwand von 12 Stunden für das Aktenstudium sowie die Beschwerde schrift als überhöht, zumal diese aus rund sieben Seiten Text besteht, wovon gut vier Seiten

zusammenfassende Wiederga ben der Akten sind und rund zwei Seiten aus rechtlichen Erwägungen bestehen. Für das Abfassen der Beschwerdeschrift erscheint deshalb ein Aufwand von vier Stunden als angemessen, womit sich eine Kürzung um 8 Stunden ergibt und dementsprechend ein Aufwand von 10 Stunden 40 Minuten zu entschädigen ist.

B ei Anwendung des gerichtsblichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die Entschädigung somit auf Fr. 2'455.20 (inklusive Bar auslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

6 .4

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 9 00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Thomas Wyss, Zürich, wird für seinen Aufwand mit Fr. 2'455.20 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Wyss -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk.

E. 14

und Urk. 15/1-2 - 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, zuzu stellen.

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
Mosimann
Schüpbach

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