

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00632 vom 29. Februar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00632

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00632 du 29 février 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00632 del 29 febbraio 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1966, meldete sich am 26. Januar 2000 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf chron. generalisierte Gliederschmerzen sowie einen Verdacht auf Neurasthenie (ICD-10 F48.0) erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/1). Nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, mit Verfügung vom

E. 2

7. September 2001

gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 25 %

einen Leistungsanspruch des Versicherten (Urk. 10/29).

Am 28. Januar 2004 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 10/42). Die IV-Stelle tätigte wiederum medizinische und erwerbliche Abklärungen und lehnte mit Verfügung vom 22. April 2004

gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 25 %

das Leistungsbegehren

erneut ab (Urk. 10/51). Die vom Versicherten hiergegen erhobene Einsprache vom 19. Mai 2004 (Urk. 10/53) wurde mit Einspracheentscheid vom 27. Juli 2004 (Urk. 10/58) abgewiesen.

Dr. med. Y.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, ersuchte die IV-Stelle am 27. April 2007 (Eingangsdatum, Urk. 10/68) um eine erneute Prüfung des Rentenanspruchs. Mit Schreiben vom 22. Juni 2007 (Eingangsdatum) meldeten die Sozialen Dienste Z.____ den Versicherten bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 10/69, Urk. 10/74). Nach beruflichen und medizinischen Abklärungen sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 20. Mai 2009 mit Wirkung ab dem 1. November 2007 eine Viertelsrente zu (Urk. 10/101). Hiergegen erhob der Versicherte am 25. Juni 2009 Beschwerde (Urk. 10/102 S).

E. 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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der

körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 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).

E. 2.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit in validenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 2.3

.1

Nach Art. 17 ATSG sind laufende Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 105 V 29).

Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung lediglich nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG; BGE 110 V 176 E. 2a, E. 1 mit Hinweisen). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 272 E. 5b/ bb; Urteile des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.2, 9C_762/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2 und 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 je mit Hinweisen). 2 .

E. 2.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen 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 prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 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.). 3.

3.1

Die medizinische Aktenlage im Zeitpunkt der Verfügung vom 20. Mai 2009 präsentierte sich im Wesentlichen folgendermassen: 3.1.1

Dr. Y.____ hielt in seinem

von der Beschwerdegegnerin eingeholten Arztbericht vom 3. Oktober 2007 (Urk. 10/77 S. 7 ff.) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Emotional instabile Persönlichkeit - impulsiver Typ (ICD-10 F60.3) - Status nach hyperkinetischer Störung (ICD-10 F90) - Betreuung durch Dr. G.____, FMH Psychiatrie seit 23. Oktober 2002 - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Erstdiagnose 1998 (ICD-10 F45.4) - Lumbovertebralsyndrom bei Haltungsinuffizienz und muskulären Verkürzungen - Chronisch depressive Störung

Der Beschwerdeführer leide daneben an einer chronischen Prostatitis mit Epididymitis rechts 10-06, welche aber keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe.

Er sei zu 80 % arbeitsunfähig seit dem 20. November 2003. Bei den subjektiven Beschwerden führte Dr. Y.____ bezüglich der psychischen Störung aus, dass seit 1998 schwerste invalidisierende psychiatrische Auffälligkeiten beständen und eine vollständige Destabilisation aller sozialen Strukturen erfolgt sei. Der Beschwerdeführer sei trotz Leiden und Depression von der Beschwerdegegnerin abgelehnt worden und lebe zusammen mit der Ehefrau und den zwei Kindern vom Sozialamt. Die somatoforme Schmerzstörung sei alltäglich präsent, er könne

keinem regelrechten Arbeitsprozess nachgehen. Diverse Aushilfs-Versuche hätten trotz lockendem Geldangebot inerten Stunden sistiert werden müssen. Der Beschwerdeführer sei schwer konfrontiert mit den heutigen Arbeitgeber-Ansprüchen und seiner körperlichen Asthenie und Insuffizienz. Er sei in keinem Arbeitsprozess integrierbar. Er neige zu ausserordentlichen Wutanfällen, insbesondere bei Entwertungen werde er oft handgreiflich und schlage unkontrolliert zu. An schliessend tue ihm alles leid er bereue die Taten. Die Reaktionen hinter liessen eine soziale Ruine und zunehmende Isolation (Urk. 10/77 S. 8) .

In Bezug auf die somatische Störung bestünden wie schon beim ersten IV-Gesuch identische körperliche Stör-Muster. Der Beschwerdeführer beklagte generallisierte symmetrische fibromyalgieforme Schmerzen, mit Betonung an den Extremitäten, provozierbar durch körperliche Belastungen. Daneben lägen noch diverse körperliche Störungen wie Cephalaea , neurovegetative Störungen wie Schwitzen und übertriebene Störmuster im Genitalbereich bei chronischer Prostatitis vor. Damit resultiere eine reduzierte körperliche Belastbarkeit, Asthenie und rasche Erschöpfbarkeit. In der Folge komme es reaktiv zu Affektlabilität mit Impulsivität und Wutanfällen. Alle bisherigen Therapieversuche mit Antidepressiva, NSAR und körperzentrierten Therapien seien erfolglos gewesen. Alle bisherigen somatischen Abklärungen (Neurologie, Rheumatologie, AISP H.____) hätten kein anatomisches Korrelat für die Beschwerden erbracht. Die darauf folgenden psychiatrischen und rheumatologischen Abklärungen hätten zwar die Diagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsstörung mit somatoformer

Schmerzstörung bestätigt, hätten aber keinesfalls die Beschwerden lindern können. Die ambulanten Massnahmen seien erfolglos ausgeschöpft worden. Der Beschwerdeführer werde von der Krankenkasse bezüglich stationärer psychiatrischer Massnahmen oder REHA blockiert. Es werde darauf hingewiesen, dass er therapieresistent sei (Urk. 10/77 S. 8) .

Die Prognose sei infaust. Der Beschwerdeführer werde sich in der Arbeitswelt unter diesen Bedingungen nicht integrieren können. Er gelte als aussergewöhnlich krank mit einem aussergewöhnlichen und oft schwer verständlichen Krankheitsbild (Urk. 10/77 S. 8 f.).

3.1.2

Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Arztbericht vom 31. Oktober 2007 (Eingangsdatum, Urk. 10/76) fest, dass sich seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit dem Bericht vom 29. Dezember 2003 nicht verändert habe. Nach wie vor sehe er in der mangelnden Impulskontrolle die Ursache und die Erklärung für die Reduktion der Arbeitsfähigkeit. Weil sich seine Meinung seit dem letzten Bericht nicht geändert habe und der Beschwerdeführer durch eine neutrale Stelle begutachtet werde, verzichte er auf die Beantwortung der Zusatzfragen. 3.1.3

Die Ärzte des B.____

hielten im

von der Beschwerdegegnerin eingeholten Arztbericht vom 29. Januar 2008 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 10/78 S. 3): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) bestehend seit dem 3. Mai 2001 - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01) bestehend seit dem 23. Juli 1999

Sie hätten den Beschwerdeführer vom 5. b is

2 3. November 2007 behandelt.

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe weiterhin eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine 30%ige (Urk. 10/78 S. 8).

Der Beschwerdeführer sei äusserlich gepflegt, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Das Gedächtnis und die Aufmerksamkeit seien intakt, das formale Denken leicht umständlich. Inhaltlich sei er um seine depressiven Gedanken sowie um seine impulsiven Durchbrüche kreisend. Im Affekt sei er deprimiert, zeitweilig leicht gereizt. Es würden Gedankenkreisen, Zukunftsängste sowie innere Unruhe beschrieben, nicht aber Zwangssymptome. Eine Wahrnehmungs- oder Ich-Störung sei nicht eruierbar. Er scheine innerlich viel Ärger und Frustration aufgestaut zu haben. Es mache den Eindruck, dass ihm die geeigneten Fertigkeiten fehlen würden, um gesund damit umgehen zu können. Er habe klare Vorstellungen von Recht und Unrecht. Wenn diese Vorstellungen nicht erfüllt würden, reagiere er mit Ärger, der sich zu einem chronischen Druck und zu einer inneren Anspannung anstaeue. Er wirke dann auf seine Mitmenschen gereizt und impulsiv, zuweilen auch bedrohlich, ohne dass dies seine Absicht sei (Urk. 10/78 S. 8 f.).

Nach eingehender Abklärung könne keine Diagnose für eine Persönlichkeitsstörung vergeben werden, da die Kriterien nirgends erfüllt seien. Akzentuierte Persönlichkeitsstile seien bezüglich paranoider Persönlichkeit und Borderline störung vorhanden. Beim Beschwerdeführer sei von einem ausgeprägten Mangel an sozialen und emotionalen Kompetenzen auszugehen, die aber vor dem Hintergrund seiner Lerngeschichte betrachtet werden müssten (Urk. 8/10 S. 9).

Die testpsychologische Abklärung ergebe ein etwas gemischtes Bild von seinem Leistungsvermögen. Sagen lasse sich jedoch, dass eine Einschränkung vor allem durch seine relativ geringe Frustrationstoleranz und eine frappante Schwierigkeit, unter Zeitdruck zu arbeiten, vorliege. Diese Beeinträchtigung steige, je länger er an einer Aufgabe, und wohl auch anderer Tätigkeit, sei. Zudem habe er Mühe mit Aufgaben, bei denen Teilaspekte zu einem grösseren Ganzen zusammen gesetzt werden müssten. Es sei davon auszugehen, dass er im Alltag durch diese Schwierigkeit eingeschränkt sei. In entsprechend zeitlich und inhaltlich angepasster Tätigkeit sollte er jedoch zu durchschnittlichen Leistungen in der Lage sein (Urk. 10/78 S. 9).

Sein Konzentrations- und Auffassungsvermögen sei uneingeschränkt, die Anpassungsfähigkeit sei aufgrund von zu wenig Flexibilität und seine Belastbarkeit sei vor allem unter Zeitdruck eingeschränkt. Er gerate schnell unter Stress und reagiere dann aggressiv oder gebe auf (Urk. 10/78 S. 6). Seine hilfsbedürftige Ehefrau mit Diabetes mellitus und Adipositas sowie seine zwei Kinder, die er mitbetreue, seien soziale Faktoren, die seine Gesundheit und/oder seine Arbeitstätigkeit beeinflussen würden (Urk. 10/78 S. 7). 3 .2

Die aktuelle medizinische Aktenlage präsentiert sich folgendermassen: 3 .2.1

Dr. G.____ hielt in seinem zuhanden der Beschwerdegegnerin erstellten Arztbericht vom 27. Mai 2011 (Urk. 10/111) 1) eine chronifizierte depressive Erkrankung (ICD-10 F33.1) und 2) eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung - impulsiver Typus (ICD-10 F60.3) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest. Der Beschwerdeführer sehe

altersentsprechend aus und sei in allen Qualitäten orientiert. Es lägen keine Hinweise für psychotische Symptome vor. Gelegentliche paranoide Ideen bzw. paranoide Verarbeitung seien vorhanden, ebenso mangelnde Impulskontrolle. Im Affekt sei er depressiv mit bilanzierenden Gedanken (und latenter Suizidalität). Es bestünden häufiges Gedankenkreisen, ausgeprägte Schlafstörungen. Der Antrieb sei reduziert - mit gelegentlichen Phasen der Besserung (ein- bis zweimal pro Woche ca. für einen halben Tag). Die Schmerzsymptomatik sei stärker ausgeprägt als vor zwei bis drei Jahren. Die Prognose bezüglich der psychiatrischen Problematik sei ungünstig, bisherige Behandlungen hätten zu keiner wesentlichen Besserung der Symptomatik geführt (Urk. 10/111). 3.2.2

Die begutachtenden Ärzte der MEDAS stellten im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten vom 19. September 2012 keine Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/116 S. 21). Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert stellten sie folgende (Urk. 10/116 S. 21): - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), mit - Dysthymie (ICD-10 F34.1) - Verdeutlichungstendenz der Symptome - Bilaterale Femoropatellararthrose, mit - Insertionstendinopathie am Adduktorenansatz rechts und am Ligamentum patellae infrapatellär links - Verdacht auf Plica

synovialis rechts lateral (MRI 03/1999) - Rundrücken und Haltungsinsuffizienz - Plantare Fersenschmerzen rechtsbetont ungeklärter Klassifikation

Für die zuletzt (vor mehr als 13 Jahren) ausgeübte Tätigkeit als Kunststoffspritzer als auch für alle körperlich leichten und mittelschweren Tätigkeiten ohne häufig in kniender Stellung auf dem Boden aufliegenden Kniegelenke würden sie die Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch auf 100 % der Norm schätzen (Urk. 10/116 S. 21 f.).

Aus den Unterlagen gehe nicht hervor, wie der frühere Entscheid zur Berentung begründet worden sei, so dass ein Vergleich des damaligen Zustandes mit dem heutigen im Sinne einer Verbesserung respektive einer Verschlechterung nicht möglich sei; es spreche vieles dafür, dass sich der Gesundheitszustand seit 2008 nicht relevant verändert habe, da aber die Kriterien der Beurteilung aktuell restriktiver angewendet würden, könne aus heutiger Sicht eine Berentung nicht mehr begründet werden (Urk. 10/116 S. 22).

Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Rheumatologie, kam zusammenfassend zum Schluss, dass aus rheumatologischer Sicht eine berufliche Dispensierung in der früher ausgeübten Tätigkeit als Kunststoffspritzer aufgrund der erheblichen klinischen Resultate am Bewegungsapparat nicht gerechtfertigt werden könne. Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Beschwerden könnten mit den fassbaren somatischen Befunden nicht hinreichend erklärt werden. Die Inkonsistenzen bei der anamnestischen Erhebung, die fehlenden therapeutischen Bemühungen in der Vergangenheit sowie die Diskrepanz zwischen der chronischen, jahrelang anhaltenden Symptomatik und den objektivierbaren Untersuchungsergebnissen, z.T. auch das Verhalten während der körperlichen Untersuchung, liessen den Verdacht auf Symptomenverstärkung aufkommen (Urk. 10/116 S. 38 f.). Aus rheumatologischer Sicht sei er in der angestammten als auch in jeder leichteren bis mittelschweren manuellen Tätigkeit ohne häufig kniende Stellung mit auf dem Boden aufliegenden Kniegelenken zu 100 % (8

bis 8.5 Arbeitsstunden pro Arbeitstag an fünf folgenden Tagen) arbeitsfähig. Aufgrund der heutigen Untersuchung des Bewegungsapparates sowie nach Durchsicht der Akten, unter spezieller Berücksichtigung der muskuloskelettalen Befunde, könne er eine Arbeitsunfähigkeit zu keinem Zeitpunkt bestätigen und daher auch einen solchen Zeitpunkt nicht definieren (Urk. 10/116 S. 39).

Dr. med. J.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt fest, dass es interessant sei, dass er spontan den Krankheitsbeginn ins Jahr 2000 gelegt habe und erst nach dem Hinweis auf die Tätigkeitsaufgabe schon im November 1998 den Anfangszeitpunkt korrigiert habe. Hier seien Inkonsistenzen zu erkennen, die in die Überlegungen miteinbezogen werden müssten. Vom beklagten intensiven Kopfschmerz während der Untersuchung sei nichts zu sehen gewesen, er habe entspannt und gelöst gewirkt und habe sich damit deutlich vom Erscheinungsbild klassischer Migräniker, denen man die Problematik durchaus ansehe, unterschieden. Eine gewisse Reizbarkeit und Verstimmbarkeit sei ohne Zweifel festzustellen, wobei natürlich offenbleibe, ob diese Folge oder Ursache der familiären Zwistigkeiten und der Arbeitsaufgabe seien. Dass er mit diesen Wesenszügen im Arbeitsbereich nie Schwierigkeiten gehabt habe, erstaune doch etwas und mache wahrscheinlich, dass die Verstimmungen durch die Untätigkeit und die unbefriedigende soziale Situation begründet seien und nicht umgekehrt. Er mache geltend, dass man ihm die Pathologie nicht ansehe, dass er von aussen normal wirke, was zur Schlussfolgerung verleite, dass er auch tatsächlich über weite Strecken normal sei. Nach den Akten und nach den Angaben des Beschwerdeführers könne nicht schlüssig nachvollzogen werden, wie es zur Berentung gekommen sei und welcher Art die Verschlechterung sei, die seit der Arbeitsniederlegung aufgetreten sei. Immerhin sei es bezeichnend, dass ihn die direkt betreuenden Ärzte (Psychiater Dr. G.____, Hausarzt Dr. Y.____) hochprozentig arbeitsunfähig schrieben und verschiedene Gutachten- und Fachstellen von einer geringgradigen Arbeitsunfähigkeit ausgingen. Erwähnt sei etwa das Gutachten MEDAS F.____ vom Mai 2001 oder der Bericht der Schmerzsprechstunde vom Juli 1999. Aus sozialpraktischen Gründen werde ein Wiedereinstieg in irgendeine Lohnarbeit sicher dadurch erschwert, dass eine Arbeitslosigkeit schwer chronifiziert sei und dass er mehr als die Hälfte seines Lebens im erwerbsfähigen Alter ohne Lohnarbeit zugebracht habe. Der B.____ habe in seinem Bericht vom 29. Januar 2008 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert, was hier in die Überlegungen einzu beziehen sei. Im Zeitpunkt seiner Untersuchung sei eine Depression nicht feststellbar gewesen und soweit der Beschwerdeführer sich geäußert habe, seien in den letzten Monaten auch nie Verstimmungen in rentenrelevantem Umfang aufgetreten. Durch die Diagnose der Dysthymia trage er aber dem damals erwähnten Teilaspekt Rechnung. Die Diagnose der Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei neu ins ICD-Klassifikationssystem aufgenommen worden und sei damals noch nicht so gebräuchlich gewesen. Er habe sie gewählt, da er die psychische Teilgenese der Schmerzstörung für sehr bedeutend halte (Urk. 10/116 S. 31).

Dr. J.____ prüfte die Försterschen-Kriterien und kam zum Schluss, dass diese überwiegend nicht erfüllt seien, was verhindere, dass die psychiatrische Diagnose zur Begründung eines Rentenanspruchs herangezogen werde. Aus den Unterlagen gehe nicht ganz eindeutig hervor, wie der frühere Entscheid zur Berentung begründet worden sei. Aus der psychiatrischen Perspektive sei nach den heutigen Gepflogenheiten eine Berentung nicht mehr zu begründen und die Kriterien zur Anerkennung eines psychischen Leidens seien in

den letzten Jahren auch kontinuierlich verschärft worden. Es spreche demnach viel dafür, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2008 nicht relevant verändert habe, dass aber die Kriterien der Beurteilung restriktiver angewendet würden und demnach aus heutiger Sicht auch keine Begründung einer Berentung mehr geliefert werden könne. Aus den Angaben in den Akten und aus seinen Untersuchungsergebnissen lasse sich zumindest weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung des Zustandes eindeutig beurteilen (Urk. 10/116 S. 32 f.).

Der Beschwerdeführer sei seit rund 14 Jahren nicht mehr in eine Lohnarbeit integriert und die Verhältnisse in der Arbeitswelt dürften sich weitgehend verändert haben. Dennoch gehe er davon aus, dass er aus psychiatrischer Sicht nach wie vor geeignet sei, seiner früheren Tätigkeit in einem Kunststoffspritzwerk oder einer Verweistätigkeit, die seinem Persönlichkeitsprofil entspreche, in praktisch vollem Umfang nachzugehen. Er werde auf Grund der Chronifizierung der fehlenden Lohnarbeit Mühe haben, den Alltagsrhythmus einzuhalten, er werde die Ausdauer erst wieder üben müssen und eine Angewöhnungszeit an die Strukturen in der Arbeitswelt nötig haben, nachdem er sich 14 Jahre lang an die Aufgaben im Haushalt gewöhnt habe. Aufgrund der Ergebnisse seiner Abklärungen habe nie eine Arbeitsunfähigkeit in einem höheren Ausmass bestanden. Der Beschwerdeführer stehe schon in ambulanter Psychotherapie, die seinen Leidensdruck wohl etwas zu reduzieren vermöge. Weitere Massnahmen seien aus psychiatrischer Sicht nicht erforderlich. Die Haltung und Einstellung des Beschwerdeführers mache eine erfolgreiche Arbeitsintegration äusserst unwahrscheinlich. Diese Tatsache werde sich kaum beeinflussen lassen. Das psychiatrische Teilgutachten könne aus der Unmöglichkeit einer Reintegration bei fehlender schwerwiegender Psychopathologie keine Begründung für eine Rente ableiten (Urk. 10/116 S. 33 f.).

E. 3

.3

Nach lit. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; kurz: lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung ist verfassungs- und EMRK-konform (BGE 139 V 547 E. 3).

Die in lit. a Abs. 1 SchlB

6. IV-Revision vorgesehene Rentenherabsetzung beziehungsweise -aufhebung ist nicht auf vor dem 1. Januar 2008 zugesprochene Renten beschränkt. Erging die fragliche Rentenzusprache aber bereits in Betrachtung der jeweils relevanten Rechtsprechung zu pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage, bleibt kein Raum für ein Rückkommen unter dem Titel der Schlussbestimmung (BGE 140 V 8 E. 2).

Laufende Renten sind vom Anwendungsbereich von lit. a Abs. 1 SchlB zur 6. IV-Revision nur ausgenommen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden, das heisst auf einer nachweisbaren objektivierbaren Grundlage beruhen. Lassen sich unklare von erklärbaren

Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden (BGE 140 V 197 E. 6.2, in Präzisierung u.a. von BGE 139 V 547 E.

10.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_738/2013 vom 8. April

2014 E.

3.1.2.1 mit Hinweis). Demnach ist die Schlussbestimmung bei kombinierten Beschwerden anwendbar, wenn die unklaren und die „erklärbaren“ Beschwerden – sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen Folgen – auseinandergehalten werden können. Ein organisch begründeter Teil der Arbeitsfähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nur neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist. Insoweit wird im Anwendungsbereich der Schlussbestimmung vom Grundsatz abgewichen, dass die Verwaltung im Rahmen einer materiellen Revision – um eine solche handelt es sich auch hier – den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend prüft (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer bringt vor, dass eine Überprüfung der Rente unzulässig sei, da die Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 352 ff. und deren analoge Anwendbarkeit auf das genannte Beschwerdebild im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache am 20. Mai 2009 bereits bestanden habe.

Allerdings erfolgte die Rentenzusprache zum damaligen Zeitpunkt ohne Beachtung der relevanten Rechtsprechung zu pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage: Weder im Bericht des B.____ vom 29. Januar 2008 (E. 2.3.1).

3.1.3), noch in der Stellungnahme der RAD Ärztin (vgl. E. 4.3.1) wurden die entsprechenden Kriterien geprüft oder diskutiert. Auch aus den weiteren im Recht liegenden Akten geht nicht hervor, dass die damalige Rechtsprechung berücksichtigt worden wäre (vgl. Urk. 10/83; Urk. 10/84; Urk. 10/97; Urk. 10/101).

Damit ist zusammenfassend festzuhalten, dass ein Rückkommen unter dem Titel der Schlussbestimmung zulässig ist (vgl. E. 2.3.2).

E. 4

1

Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung einzig mit der Frage der Wiedererwägung befasst. Ob Leistungen allerdings gestützt auf

Art. 17 ATSG oder

lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. Revision herabzusetzen bzw. aufzuheben sind, hat sie nicht geprüft. Wie eingangs dargelegt (vgl. E. 2.3.2), ist diese Frage von Amtes wegen zu klären.

E. 4.2

Die begutachtenden Ärzte der MEDAS hielten fest, dass aus den Unterlagen nicht hervorgehe, wie der frühere Entscheid zur Berentung begründet wurde, so dass ein Vergleich des damaligen Zustandes mit dem heutigen im Sinne einer Verbesserung

respektive einer Verschlechterung nicht möglich sei; es spreche vieles dafür, dass sich der Gesundheitszustand seit 2008 nicht relevant verändert habe, da aber die Kriterien der Beurteilung aktuell restriktiver angewendet würden, könne aus heutiger Sicht eine Berentung nicht mehr begründet werden (Urk. 10/116 S. 22).

Damit ist eher nicht von einer wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen auszugehen, allerdings kann dies - wie folgend gezeigt wird - offen gelassen werden (vgl. Feststellungsblatt vom 23. Mai 2013, Urk. 10/119 S. 3) .

E. 4.3.1

Die Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) Dr. med. K.____, praktische Ärztin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 3. April 2008 fest, dass im Bericht des B.____ vom 29. Januar 2008 (vgl. E. 3.1.3) bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom, eine seit dem 5. November 2007 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiter im Kunststoffspritzwerk und eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (kein Zeitdruck, kein Kontakt mit vielen Menschen und einfache, wechselbelastende Tätigkeit) attestiert worden sei. Auf die Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit im fachärztlichen psychiatrischen Bericht des B.____ könne abgestellt werden und der Einstieg in den Arbeitsprozess sollte begleitet erfolgen. Die Angaben des Hausarztes könnten nicht als Beurteilungsgrundlage herangezogen werden, da er den Beschwerdeführer aufgrund seiner Hausarztfunktion unter anderen Aspekten beurteile (Feststellungsblatt vom 10. Juli 2008, Urk. 10/83 S. 2).

Folglich ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Renten zu sprache mit Verfügung vom 20. Mai 2009 gestützt auf ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage erfolgte (vgl. Urk. 10/83; Feststellungsblatt vom 20. Februar 2009, Urk. 10/97; Einkommensvergleich vom 20. Februar

2009, Urk. 10/98; Urk. 10/101) .

E. 5.1

Das polydisziplinäre Gutachten vom 19. September

2012 (Urk. 10/116) erfüllt sämtliche rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E.

2.3). Es beruht auf fachärztlichen Untersuchungen durch die Gutachter (Urk. 10/116 S. 12 ff.; Urk. 10/116 S.

26 ff.; Urk. 10/116 S.

35 ff.) und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten (Urk. 10/116 S.

2 ff.) abgegeben. Es würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig (Urk. 10/116 S. 31; Urk. 10/116 S.

38 f.). Es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und das Gutachten ist schlüssig. Namentlich erlauben sie auch eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren gemäss dem kürzlich ergangenen

BGE 141 V 281 (E.

E. 5.2

Dr. J. ___ prüfte die Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung an hand der sogena nnten Förster-Kriterien und kam zum Ergebnis, dass sie nicht überwiegend erfüllt seien (Urk. 10/116 S. 33).

E. 5.2.1

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und an schliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer

Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlich er Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisselbete versicherte Person zu tragen (E. 6).

E. 5.2.2

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik,

persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leistungsdruck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3).

E. 5.3.1

Aus dem psychiatrischen Teilgutachten ergibt sich - ohne dass Weiterungen

nötig erschienen - hinreichend, dass die Ausprägung der psychischen diagnose relevanten Befunde nicht stark ins Gewicht fällt. Dr. J. ___ konstatierte, dass der Beschwerdeführer mit dem Zug an gereist sei und angegeben habe, dass der öffentliche Verkehr keinerlei Schwierigkeiten biete. Er habe einen unauffälligen Bewegungsablauf beim Marsch vom Wartezimmer ins Büro gezeigt. Während des ganzen Gespräches hätten sich keine averbalen Schmerzäusserungen feststellen lassen. Er sei die ganze Zeit über locker auf dem Stuhl gesessen, habe gute, ausdrucksstarke Mitbewegungen des Oberkörpers und der Extremitäten gezeigt und die Gestik und Mimik seien lebendig gewesen. Er habe wiederholt gelacht während des Gespräches, etwa bei der Schilderung der Verirrung seines Sohnes im Heimatdorf. Er sei nicht müde gewesen, Konzentration und Aufmerksamkeit seien ungestört gewesen. Über kurze Abschnitte habe er witzig berichtet und eine gute Vitalität gezeigt. Nach dem Dr. J. ___ ihn mit seinen Beobachtungen konfrontiert habe, habe der Beschwerdeführer angegeben, dass man die Psychopathologie von aussen nicht sehen könne. Abschnittsweise habe der Beschwerdeführer etwas gespannt und gereizt reagiert, habe aber eingestehen müssen, dass im Rahmen des MEDAS-Gesprächs keine grösseren Defizite erkennbar seien. Er habe die Einschränkungen seines Lebensraumes, einen gewissen sozialen Rückzug, beschrieben, wobei er habe bestätigen können, dass ein solcher im Rahmen der Ferien in L. ___ nicht vorhanden sei. Das Gespräch sei mit einem Dolmetscher geführt worden, wobei er über weite Strecken darauf beharrt habe, in Deutsch Auskunft zu geben. Spezifisch psychiatrische Fragen habe er dann in deutscher Sprache offensichtlich nicht bewältigen können und habe fast zu einer Übersetzung genötigt werden müssen. In der Gesprächssituation, ohne Berücksichtigung seiner Angaben zur Anamnese, habe sich praktisch keine Psychopathologie fassen lassen. Das Denken sei formal und inhaltlich unauffällig, wenn auch etwas auf sein Leiden fokussiert. Er sei allseitig orientiert, eine gewisse Reiz- und Verstimmbarkeit sei angedeutet. Er habe nie den Faden verloren und ohne Latenz geantwortet (Urk. 10/116 S. 30).

E. 5.3.2

Dr. J. ___ konstatierte des Weiteren, dass eine psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer nicht attestiert werden könne. Auch ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens habe explizit nicht stattgefunden, was sich namentlich an den Aktivitäten im Rahmen der Ferienreisen in seiner Heimat ablesen lasse, die er immer mit Freude und nur aus finanziellen Gründen relativ selten antrete (Urk. 10/116 S. 32). Wenn er nach L. ___ reise, könne er jederzeit bei seinem Vater und der Stiefmutter wohnen, beide seien bereit. Die letzte Reise habe er 2011 unternommen und er habe den Aufenthalt im Heimatdorf sehr geschätzt - dort sei das

Leben leicht, die Söhne bräuchten kaum Aufsicht und er habe verschiedene frühere Kollegen und Nachbarn besucht (Urk. 10/116 S. 28).

Als hemmender Faktor sei seine Reizbarkeit und Verstimmbarkeit einzustufen, welche Aktivitäten in einem sozialen Kontext etwas entgegenstehen würden (Urk. 10/116 S. 32).

E. 5.3.3

Dr. J. ___ notierte des Weiteren, dass das Behandlungsergebnis ohne Zweifel ungünstig sei, wobei offen bleibe, ob tatsächlich eine genügende Motivation und Eigenanstrengung zur Überwindung der Problematik geleistet worden sei - er gehe in diesem Bereich von Motivationsdefiziten aus (Urk. 10/116 S. 33).

Von Februar 2012 bis Juni 2013 fand jeweils einmal im Monat ein psychotherapeutisches Gespräch statt (Schreiben vom 23. Dezember 2013 betreffend Leserlichkeit des Arztberichtes, Urk. 10/135; vgl. auch Urk. 10/136). Die ambulante Behandlung bei Dr. C. ___ nahm der Beschwerdeführer am 14. Dezember 2013 auf (Urk. 3).

E. 5.3.4

Gesamthaft ist aufgrund dieser Feststellungen der Schweregrad als auch die Konsistenz der funktionellen Auswirkungen der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit Dysthymie und Verdeutlichungstendenz der Symptome (Urk. 10/116 S. 21) als gering zu werten. Ebenfalls ist höchstens ein geringer Leidensdruck feststellbar. Demnach ist auch unter Berücksichtigung der beachtlichen Standardindikatoren mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die somatoforme Schmerzstörung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeigt.

E. 5.4

Gestützt auf das MEDAS-Gutachten ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die somatischen Diagnosen keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten als auch in jeder anderen, körperlich leichten und mittelschweren Tätigkeit ohne häufig in kniender Stellung auf dem Boden auf liegende Kniegelenke zeitigen (Urk. 10/116 S. 21 f.), was auch seitens der Parteien unbestritten blieb.

Der Beschwerdeführer ist damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in seiner angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig, womit keine Erwerbseinbußen und damit kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad resultiert. Die angefochtene Verfügung erweist sich damit gestützt auf lit. a Abs. 1 Schl B IVG 6. IV-Revision

im Ergebnis als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

Ob die Verfügung vom 20. Mai 2009 zweifellos unrichtig war, bzw. die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG gegeben sind bzw. wären, kann in folgedessen offengelassen werden.

E. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69

Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

E. 6.2

Der vorliegende Prozess kann nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Des Weiteren ist der Beschwerdeführer bedürftig (Urk. 7; Urk 8/1-33). Antragsgemäss (Urk. 1) ist ihm deshalb die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Die dem Beschwerdeführer auferlegten Gerichtskosten sind demnach einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Kommt der Beschwerdeführer künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann ihn das Gericht zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Prozessführung verpflichten (§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht , GSVGer). Das Gericht beschliesst,

In Bewilligung des Gesuchs vom 12. Juni 2014 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Inclusion Handicap - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin HurstSchwegler

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