

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01251 vom 26. Februar 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.01251](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01251)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01251 du 26 février 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01251 del 26 febbraio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

der Schluss bestimmungen

zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 18. März 2011 erneut eine Überprüfung der Invalidenrente ein (Urk. 6/89). Sie holte beim Versicherten Auskünfte und bei den behandelnden Ärzten Verlaufsberichte ein (Urk. 6/90-91, Urk. 6/102). Zudem liess sie den Versicherten durch die MEDAS A.\_\_\_\_

polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 29. November 2013, Urk. 6/108).

Am 10. April 2014 führte sie mit dem Versicherten ein Informationsgespräch durch (Urk. 6/111-112, Urk. 6/113/8-9).

Mit Vorbescheid vom 22. April 2014 stellte sie ihm dann die Einstellung seiner Invalidenrente per Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats in Aussicht (Urk. 6/114). Hiergegen erhob der Versicherte am 27. Mai 2014 Einwand (Urk. 6/118). Nach Rücksprache mit dem RAD (Urk. 6/135) verfügte die IV-Stelle am 28. Oktober 2014 im angekündigten Sinne (Urk. 6/136 = Urk. 2). Am 25. November 2014 ersuchte der Versicherte bei der IV-Stelle um die Aufnahme beruflicher Massnahmen und die Weiterausrichtung der Rente gemäss der Schlussbestimmung während maximal zweier Jahre (Urk. 6/142).

#### **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). 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. 1.2**

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 Beachtung 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). Dem nach 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. 2.4.2 mit Hinweisen).

Ist ein „Mischsachverhalt“ gegeben, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Rentenzusprechung war, wäre ein Abstellen auf die aktuelle gutachtliche Einschätzung nicht zu vereinbaren mit der Rechtsprechung, wonach der auf erklärbaren Beschwerden beruhende Teil der Invalidität unter dem Rechtstitel der Schlussbestimmung nicht überprüft werden kann. In einem solchen Fall bestimmt sich die (zu einer integralen Neuprüfung führende) Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nach folgendem Grundsatz: Besteht (im Zeitpunkt der Rentenzusprechung und/oder -überprüfung) neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung, so hängt die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere („nichtsyndromale“) Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkte, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (Urteil des Bundesgerichts 9C\_121/2014 vom 3. September 2014 , E. 2.6 mit Hinweisen).

Da der Bestand laufender Renten wesentlich von medizinischen Aspekten ab hängt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen. Namentlich muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Fragestellung auseinandersetzen. Soweit die versicherte Person sich der Beurteilung durch die Verwaltung und deren regionalen ärztlichen Dienst nicht anschliessen kann, dürfte sich in der Regel eine polydisziplinäre Begutachtung als unumgänglich erweisen (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.2). 1.

### **E. 1.3**

und E.

2; 9C\_31/2014 vom 5. September 2014, E. 4 bis 6) .

Die Rechtsprechung betreffend somatoforme Schmerzstörungen wurde in BGE 130 V 352 am 12. März 2004 begründet. Das Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ wurde bereits mit Verfügung vom 3. März 2004 (Urk. 6/14) - mithin vor der Begründung dieser Rechtsprechung - angeordnet. Am 22. Juli 2004 warf der RAD die Frage nach einer psychischen Komorbidität auf und liess das Gutachten entsprechend ergänzen. So wurden weitere Informationen zur Depression und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erbeten (Urk. 6/23).

Zu den Foerster-Kriterien wurde indes keine Stellungnahme eingeholt. Dafür, dass die juristische Frage der Überwindbarkeit der somatoformen Störung geprüft worden wäre, liegen keine Anhaltspunkte vor. Obwohl die betreffende Rechtsprechung beziehungsweise die Überwindbarkeitspraxis bereits beachtlich gewesen ist, gelangte sie tatsächlich nicht zur Anwendung, weshalb einer Anwendung der Schlussbestimmung nichts entgegen steht (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C\_384/2014 vom 10. Juli 2014, E. 3.3).

3. 5

Der Beschwerdeführer wandte bezüglich der Anwendbarkeit der Schlussbestimmung weiter ein, die Rechtsprechung bezüglich der somatoformen Störung

sei anlässlich der letzten Rentenrevision, welche nach dem 1. Januar 2008 durchgeführt worden sei, bereits berücksichtigt worden (Urk. 1 S. 7). Anlässlich der Rentenrevision wurde jedoch lediglich festgehalten, es habe keine rentenrelevante Veränderung stattgefunden (Urk. 6/75). Eine umfassende Neubeurteilung unter Berücksichtigung der Überwindbarkeitspraxis fand nicht statt.

Insbesondere ist auch aus dem Feststellungsblatt keine Diskussion der Foerster-Kriterien ersichtlich (Urk. 6/74). Auch anlässlich der Ende Oktober 2007 eingeleiteten (Urk. 6/57) und mit Mitteilung vom 28. Februar 2008 abgeschlossenen ersten Revision (Urk. 6/63) erfolgte die Anspruchsprüfung ohne eine Beurteilung der Frage der Überwindbarkeit (vgl. Urk. 6/61). Lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision bleibt demzufolge auf den vorliegenden Fall anwendbar. 4.

4.1

Bei der Überprüfung und Neubeurteilung von laufenden Renten, welche gestützt auf eine unter lit. a der Schlussbestimmung der Änderung des IVG vom 18. März 2011 zu subsumierende Diagnose gesprochen wurden, stellen sich die gleichen Fragen, wie wenn ein erstmaliges Leistungsgesuch zu beurteilen ist. Es geht so mit da rum, aus heutiger Sicht

zu beurteilen, ob die Voraussetzungen für einen Rentenbezug im Zeitpunkt der Überprüfung - und nicht im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache - gegeben sind, was insbesondere eine vollständige Abklärung des medizinischen Sachverhalts erfordert (Urteil des Bundesgerichts 9C\_519/2013 vom 26. Februar 2014, E. 2).

Dabei sind auch Veränderungen im Sachverhalt zu berücksichtigen, die seit der ursprünglichen Rentenzusprechung beziehungsweise seit der letzten Rentenrevidierung eingetreten sind. Denn daraus, dass eine Rente unabhängig vom Vorliegen einer Sachverhaltsänderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG revidierbar ist, kann nicht geschlossen werden, dass vorhandene Sachverhaltsänderungen umgekehrt unberücksichtigt zu bleiben hätten.

Für die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente ist es erforderlich, dass auch im Revisionszeitpunkt ein unklares Beschwerdebild vorliegt. Zu klären ist daher, ob sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache allenfalls verschlechtert hat und ob neben den nicht objektivierbaren Störungen anhand klinischer psychiatrischer Untersuchungen nunmehr klar eine Diagnose gestellt werden kann (BGE 139 V 547 E. 10.1.2). Weiter ist in Anwendung der geänderten Rechtsprechung des Bundesgerichts und unter Beachtung der dort postulierten beachtlichen Standardindikatoren (vgl. BGE 141 V 281 E. 4) zu prüfen, ob auf diese Weise - trotz des hinsichtlich der invalidisierenden Folgen nicht objektivierbaren Beschwerdebildes - eine Validitätseinbusse

überwiegend wahrscheinlich ist. 4.2

Der Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin und Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 28. März 2013 die Diagnosen einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode (ICD-10: F32.11), somatoformer Schmerzen links (ICD-10: F45.4), eines lumbospondylogenen Syndroms links bei Verdacht auf ein Facettengelenkssyndrom L5/S1 sowie Refluxbeschwerden (Urk. 6/91/1). Aufgrund der Depression sowie der chronischen Schmerzen sei nach wie vor eine ganze Invalidenrente indiziert (Urk. 6/91/2). 4.3 4. 3 .1

Das Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ stützte sich auf die Vorakten

(Urk. 6/108/2-9), die anlässlich der Begutachtung erho bene Anamnese (Urk. 6/108/9-10, Urk. 6/108/21-23, Urk. 6/108/31-33, Urk. 6/108/37-38), die fachärztlich erhobenen Befunde (Urk. 6/108/10-12, Urk. 6/108/23-25, Urk. 6/108/33-35, Urk. 6/108/38-40) sowie die Angaben des Beschwerdeführers zu seinem Leiden (Urk. 6/108/9-10, Urk. 6/108/13, Urk. 6/108/21, Urk. 6/108/23, Urk. 6/108/31, Urk. 6/108/33, Urk. 6/108/37-38). Sodann erfolgte - nebst der orthopädischen (Urk. 6/108/13-15), der psychiatrischen (Urk. 6/108/27-30), der neurologischen (Urk. 6/108/35-36) und der allgemeinmedizinisch-internistischen (Urk. 6/108/40-43) - eine interdisziplinäre Beurteilung und Beantwortung der Fragen (Urk. 6/108/15-20). 4. 3 .2

Aus psychiatrischer Sicht beschrieben sie die Entwicklung einer Schmerzstörung, welche den Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht entspreche. Der Ausprägungsgrad psychopathologischer Symptome sei wesentlich für die Beurteilung der versicherungsmedizinischen Auswirkungen einer allfälligen somatoformen Störung. Eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende schwere oder chronifizierte Schmerzsymptomatik gehe fast immer mit ausgeprägten psychopathologischen Symptomen einher. Wenn solche psychopathologischen Symptome nicht vorhanden seien, wie dies beim Beschwerdeführer

der Fall sei, spreche dies gegen eine relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch eine somatoforme anmutende Störung (Urk. 6/108/17).

Die Stimmungslage des Beschwerdeführers während der psychiatrischen Untersuchung habe durchgehend einen ernsten, gedrückten Eindruck vermittelt, es sei ihm auch themenbezogen kein Lächeln zu entlocken gewesen. Dabei habe die präsentierte Stimmungslage nicht echt und auch nicht einfühlbar gewirkt (Urk. 6/108/24). Das Verhalten habe zeitweilig übertrieben und in der Darstellung demonstrativ gewirkt (Urk. 6/108/24). Als der Beschwerdeführer mit Widersprüchen zwischen der Untersuchung nach dem Unfall mit unauffälligen Ergebnissen und seinen gegenwärtigen anderslautenden Schilderungen konfrontiert worden sei, habe er unwirsch reagiert, gereizt und gekränkt gewirkt, und sich plötzlich gut an das Unfallereignis erinnern können (Urk. 6/108/24).

Ein sozialer Rückzug in allen Lebenslagen lasse sich nicht belegen. Es bestehe ein erheblicher sekundärer, jedoch kein primärer Krankheitsgewinn. Der sekundäre Krankheitsgewinn komme durch eine passiv-regressive Versorgungserwartung zum Ausdruck. Die Symptompräsentation sei überwiegend wahr scheinlich nicht authentisch. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass relevante Einschränkungen im Alltagsleben und in der sozialen Partizipation bei fehlender respektive nicht angemessener Therapie nicht nachzuweisen seien. Daraus leite sich auch eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ab (Urk. 6/108/18,

Urk. 6/108/25, Urk. 6/108/30).

#### 4.3.3

Aus orthopädischer Sicht wurde im Gutachten festgehalten, die geklagten Beschwerden im Bereich des Nackens sowie die klinisch eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule seien aufgrund der degenerativen Veränderungen im Röntgenbild vom 19. September 2013 sowie aufgrund der Befunde des MRI der Halswirbelsäule vom 25. Februar 2003 mit einer breitbasigen

Protrusion auf der Höhe C3/C4, C4/C5 und C5/C6 ohne direkte neuroforaminale Einengung bilateral nur teilweise erklärbar. Das Ausmass der angegebenen Beschwerden sei nicht nachvollziehbar (Urk. 6/108/13). Die klinische Untersuchung der Lendenwirbelsäule sei recht unauffällig gewesen und es seien keinerlei Hinweise auf ein radikuläres Geschehen zu finden gewesen (Urk. 6/108/13). Dass der Beschwerdeführer seinen Kopf „nicht tragen“ und nicht sitzen könne, sei aufgrund der klinischen Untersuchung und der radiologischen Befunde nicht nachvollziehbar (Urk. 6/108/13). 4.3.4

Aus neurologischer Sicht seien keine Hinweise für eine zentrale, zervikogene, lumbogene oder peripher neurogene relevante Schädigung zu erheben gewesen. Die myofasziale zervikale Schmerzsymptomatik mit zervikozephaler und teilweise zervikobrachialer Beschwerdesymptomatik ohne radikuläre Reiz- oder Defizitsymptomatik sei ohne Relevanz. Das Hüft-/Beinsyndrom links sei unspezifisch und ohne radikuläre Reizsymptomatik. Insbesondere die Mattigkeit und die Trägheit seien nicht auf eine organische neurologische Ursache zurückzuführen (Urk. 6/108/17). In der klinischen Untersuchung seien leichte Auffälligkeiten festzustellen gewesen, beispielsweise eine Sistierung des Schwankschwinds bei Ablenkung (Urk. 6/108/33). 4.3.5

Auf dem internistischen Gebiet seien weder Diagnosen mit noch solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen. Es habe nie eine Arbeitsunfähigkeit bestanden und

bestehe auch aktuelle keine (Urk. 6/108/42-43). 4.3.6

Als Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter der MEDAS A.\_\_\_\_ in der polydisziplinären Zusammenfassung ein chronisches zervikales und zervikozephalisches Schmerzsyndrom mit degenerativen Veränderungen ohne radikuläre Zeichen bei Status nach Halswirbelsäulen-Schleudertrauma der Kategorie II vom 4. Juni 2002 fest (Urk. 6/108/18). Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen sie dem Beinschmerz links ohne radikuläre oder peripher-neurogene Störmuster, den nicht näher bezeichneten Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten (ICD-10: F69), der Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1) sowie der überwiegend wahrscheinlich nicht authentischen Symptompräsentation zu. Nicht zumutbar seien dem Beschwerdeführer das Heben und Tragen von schweren Lasten über 30 Kilogramm beidseits sowie Arbeiten über Kopf und Arbeiten mit monotoner Kopfhaltung. Im Rahmen dieses Profils könne er sowohl die angestammte Tätigkeit als Hilfspengler als auch eine Vervollständigung zu 100 % vollschichtig ausüben (Urk. 6/108/19). 4. 4

RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt am 19. Juni 2014 fest, eine Hirnschädigung könne ausgeschlossen werden, denn es habe gar kein dokumentiertes Trauma mit Hirnschädigung stattgefunden (Urk. 6/135/3). Am 26. Juni 2014 ergänzte sie, dass ihrer Auffassung nach auf das MEDAS-Gutachten abzustellen sei (Urk. 6/135/4). 5. 5.1

Die IV-Stelle stützte sich beim Erlass der angefochtenen Verfügung entsprechend der Empfehlung des RAD (E.

4.4 vorstehend) auf das Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ vom 29. November 2013 (Urk. 6/108). Die Gutachter hielten in einer retrospektiven Beurteilung fest, dass psychiatrisch trotz der unterschiedlichen Diagnosestellung keine Veränderung vorliege, sondern es sich um eine andere Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhaltes handle (Urk. 6/108/19). Sowohl die seinerzeitige als auch die aktuelle Diagnose zählt zu den unklaren Beschwerdebildern im Sinne von lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision.

Bei der in der Explorationssituation nicht reduzierten Aufmerksamkeit und Konzentration und der nicht echt wirkenden gedrückten Stimmungslage (Urk. 6/108/24) sowie angesichts der unspezifischen Darstellung und Aneinanderreihung von Symptomen bei Vorhandensein einer psychosozialen Belastungssituation (Urk. 6/108/30) ist es nachvollziehbar, dass keine Depression diagnostiziert wurde.

Dass auch im Übrigen keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde, überzeugt auch angesichts dessen, dass sich in der psychiatrischen Untersuchung zahlreiche Hinweise auf Aggravation ergaben. Zum Beispiel bat der Beschwerdeführer darum, sich wegen Nasenblutens hinlegen zu dürfen, wobei sich weder auf dem Taschentuch noch in der Nase Blutspuren fanden. Ferner klagte er über einen massiven Drehschwindel, es konnte aber kein Nystagmus festgestellt werden (Urk. 6/108/23-24). Viele Schilderungen wirkten auf die psychiatrische Gutachterin übertrieben und wenig glaubhaft (Urk. 6/108/25). Der strukturierte Fragebogen simulierter Symptome ergab in sämtlichen Subskalen sehr auffällige Ergebnisse. Dieser Befund weist laut der Gutachterin auf ein nicht-authentisches Verhalten hin. Auch beim Kurzzeitgedächtnistest gab der Beschwerdeführer mehr falsche Antworten, als es der Ratewahrscheinlichkeit von 50 % entsprochen hätte, was einer bewusst seinstnahen Verdeutlichungshaltung zugeordnet wurde (Urk. 6/108/25). Hinzu kommt, dass keine

echten psychopathologischen Symptome ausgemacht werden konnten (Urk. 6/108/17). Vor diesem Hintergrund, insbesondere angesichts der erhobenen Befunde, ist nachvollziehbar, dass auf dem psychiatrischen Fachgebiet keine zusätzlichen respektive neuen Diagnosen gestellt wurden.

Bei der somatoformen Schmerzstörung und ähnlichen unklaren Beschwerdebildern ist grundsätzlich zu überprüfen, ob die ärztlichen Feststellungen bezugnehmend auf verschiedene rechtserhebliche Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (vgl. BGE 141 V 281 E. 7). In BGE 141 V 281 hielt das Bundesgericht daran fest, dass psychische Störungen solcher Art nur als invalidisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind (E. 4.3.1.2). Die MEDAS-Gutachter erhoben keine ausgeprägten psychopathologischen Symptome und gingen daher nachvollziehbarerweise nicht von einer die Arbeitsfähigkeit einschränkenden schweren oder chronifizierten

Schmerzsymptomatik aus (Urk. 6/108/17). Sie gaben an, die ICD-Kriterien für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung

seien nicht erfüllt (Urk. 6/108/30).

Bei der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome sind auch Umstände wie die Aggravation zu berücksichtigen, soweit sie eine rechtserhebliche Gesundheitsschädigung nicht bereits a priori ausschliessen. Die Gutachter beobachteten im Zusammenhang mit unspezifisch dargestellten und aneinander gereihten Symptomen Verdeutlichungstendenzen (Urk. 6/108/30) und - wie vorstehend geschildert - zahlreiche Hinweise auf Aggravation. Viele der durch den Beschwerdeführer vorgenommenen Schilderungen wirkten auf die psychiatrische Gutachterin übertrieben und wenig glaubhaft und der strukturierte Fragebogen simulierter Symptome bestätigte diesen Eindruck (Urk. 6/108/25).

Nach dem Gesagten ist von einer unterdurchschnittlichen Ausprägung der diagnose relevanten Befunde und Symptome auszugehen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1), weswegen eine - wie es für eine invalidisierende Wirkung vorausgesetzt wäre - schwere Störung zu verneinen ist. Weiter fällt in der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ ins Gewicht, dass sich der Beschwerdeführer nur partiell für kurze Zeiträume in psychiatrischer Behandlung befand und kaum eine medikamentöse Entlastung in Anspruch nahm. Er unterzog sich weder angemessenen Therapiemassnahmen, noch wies er Eigenaktivitäten auf, welche zur Schmerzlinderung der als ausgeprägt beschriebenen Beschwerden hätten beitragen können (Urk. 6/108/30; vgl. BGE 141 V 281 E.

4.3.1.2). Indes schlugen die Gutachter noch verschiedene Therapiemassnahmen vor (Urk. 6/108/19).

Bezüglich der Konsistenz (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4)

bleibt anzumerken, dass der Gutachterin sowohl retrospektiv als auch bei der Untersuchung durch sie eine Diskrepanz zwischen der Beschwerdeschilderung und den objektiv nachweisbaren körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen auffiel. Die Angaben des Beschwerdeführers bezeichnete sie als unpräzise und wechselhaft. Sie wies darauf hin, dass eine psychiatrische Behandlung über mehrere Jahre hinweg fehlte, was gegen einen behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck

spricht ( vgl. BGE 14 1 V 281 E.

4.4.2) . Zudem fehlte die Modulierbarkeit der beklagten Beschwerden und es bestand eine Diskrepanz zwischen geschil derten Funktionsbeeinträchtigungen und Aktivitäten des täglichen Lebens mit vorwiegendem Schonverhalten (vgl. BGE 141 V 281 E . 4.4.1) . Für diese Annahme sprach auch die im neurologischen Befund beschriebene kräftig entwic kelte Muskulatur (Urk. 6/108/30). Gesamthaft betrachtet resultiert auch aus dem unklaren Beschwerdebild bei eher geringgradiger Ausprägung und besteh enden Behandlungsoptionen keine inval idisierende Arbeitsunfähigkeit. Somit ist keine psy chisch bedingte Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen. 5. 2

Dass laut dem MEDAS- Gut achten aus orthopädischer Sicht das Heben und Tragen von schweren Lasten über 30 Kilogramm beidseits sowie Arbeiten über Kopf und Arbeiten mit monotoner Kopfhaltung nicht mehr zumutbar sind, mittelschwere wechselseitige Arbeit indes vollschichtig, ist vor dem Hintergrund der radiologisch festgestellten degenerativen Veränderungen im Bereiche der Hals wirbelsäule und der Lendenwirbelsäule, bei klinisch unauffälliger Unter suchung der Lendenwirbelsäule und beim Fehlen von Hinweisen auf ein radiku läres Geschehen (Urk. 6/108/17-18) nachvollziehbar.

Dass aus neurologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, über zeugt ebenfalls, zumal keine Hinweise für eine zentrale, zervikogene , lumbo gene oder peripher neurogene relevante Schädigung erhoben werden konnten und auch die Mattigkeit und die Trägheit nicht mit organisch neurologischen Ursachen erklärt werden konnten (Urk. 6/108/17).

Ebenso verhält es sich mit der Beurteilung aus internistischer Sicht, nachdem bei der internistischen Untersuchung keine Hinweise auf rein internistische Erkrankungen oder Unfallfolgen gefunden wurden (Urk. 6/108/16).

Zusammenfassend ergibt sich aus dem MEDAS-Gutachten e ntgegen der Ansicht des Beschwerdeführers in nachvollziehbarer Weise, dass im orthopädischen, neu rologischen und internistischen Bereich keine Veränderung im Sinne einer Verschlechterung eingetreten ist. Insgesamt liegt somit aus somatischer Sicht weiterhin kein Leiden vor, das die Ausübung einer dem vom orthopädischen Gutachter beschriebenen Profil entsprechende n Tätigkeit verunmöglichen oder einschränken würde. 5. 3

Der Einwand des Beschwerdeführers, die Beurteilung betreffend die Halswirbel säule sei gestützt auf MRI-Bilder aus dem Jahr 2003 erfolgt (Urk. 1 S. 6), ist nicht zutreffend. Für das MEDAS-Gutachten wurden am 1 9. September 2013 Röntgenbilder angefertigt, welche Osteochondrosen und Intervertebralarthrosen , ansonsten aber unauffällige Verhältnisse zeigten (Urk. 6/108/12).

Des Weiteren verlangt der Beschwerdeführer weitere Abklärungen, insbesondere bezüglich Tinnitus und Schwindel (Urk. 1 S. 2 und S. 5). Allerdings erwähnte er anlässlich der Begutachtung bei keiner Schilderung seiner Leiden einen Tinnitus (Urk. 6/108/9-10, Urk. 6/108/13, Urk. 6/108/21, Urk. 6/108/23, Urk. 6/108/31, Urk. 6/108/33, Urk. 6/108/37-38) .

Der Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte oder beschrieb in seinem Bericht vom 2 8. März 2013 ebenfalls keinen Tinnitus (Urk. 6/91) und der Beschwerdeführer gab am 2. April 2013 auch gegenüber der IV-Stelle keinen solchen an (Urk. 6/90). Der vom Rechtsvertreter des Beschwer deführers vorgebrachte Tinnitus findet somit in den medizinischen Akten

keinerlei Stütze. Ferner ist - selbst falls er tatsächlich zu diagnostizieren ge wesen wäre - nicht davon auszugehen, dass er sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, zumal er offenbar auch für den Beschwerdeführer höchstens im Hintergrund stand, ansonsten er ihn erwähnt hätte.

Der Schwankschwindel

verschwand anlässlich der Untersuchung unter Ablenkung (Urk. 6/108/33) , weshalb nachvollziehbar ist, dass ihm von den Gutach tern kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen wurde . In den medizini schen Akten liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass weitere Abklärungen zu neuen Erkenntnissen führen könnten, weshalb davon abzusehen ist. Nach dem Gesagten ist entsprechend dem auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_

vom 29. November 2013 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in den meisten anderen Tätigkeiten auszugehen (Urk. 6/108/19).

Dass auch gewisse organische Befunde wie beispielsweise degenerative Verän derungen vorhanden sind, macht eine Rentenaufhebung nach lit . a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision nicht unzulässig, zumal diese vorliegend sowohl im Zeit punkt der Rentenzusprechung als auch in jenem der Rentenaufhebung ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit waren . 5. 4

Der Beschwerdeführer beantragt fern er, der weitere Verlauf der laufenden Mass nahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG (vgl. Urk. 21/1) sei abzu warten und es seien darüber Berichte einzuholen (Urk. 28). Nach der bundesge richtlichen Rechtsprechung ist indes über die Rentenrevision zu entscheiden, bevor Massnahmen zur Eingliederun g stattgefunden haben. Der Anspruch auf Wiederei ngliederungsmassnahmen ist Folge der Reduktion oder Aufhebung der Rente. Die Betrachtungsweise, wonach über die Revisionsvoraussetzungen erst nach Abschluss dieser Vorkehren zu befinden wäre, lässt sich mit dem Wortlaut von lit . a SchlB IVG 6. IV-Revision nicht begründen. Vielmehr spricht der Auf bau der Bestimmung klarerwei s e für das in der bundesrätlichen Botschaft bezie hungsweise in der parlamentarischen Diskussion skizzierte Vorgehen. Danach ist zunächst zu prüfen, ob die Voraussetzungen nach Art.

#### **E. 1.4**

Am 2 8. Februar 2013 leitete die IV-Stelle mit Blick auf lit . a Abs.

#### **E. 2**

5. Februar 2015 die Weiterausrichtung der ganzen Invalidenrente rückwirkend ab

1. Februar 2015 während des Andauerns von Massnahmen zur Wie der einglie derung bis maximal Ende November 2016 verfügt worden sei (Urk. 15-18/1).

Mit Gerichtsverfügung vom 4. Septem ber 2015 wurde den Par teien Ge legenheit gegeben, sich unter dem Blickwinkel der neuen Recht spre chung zur

Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen oh ne erkennbare orga ni sche Ursa che und bei vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 141 V 281 ) zu äussern (Urk. 24 ). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 5. Oktober 2015 auf das Einreichen einer Stellungnahme (Urk. 26) , jene des Beschwerde führers erging

am 9 . November 2015 (Urk. 28 ). Am 1 0 . November 2015 wurden die Parteien über die Eingabe der je weiligen Gegenpartei in Kenntnis gesetzt (Urk. 29 ).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, bei den Diagnosen, welche zur Rentenzusprechung geführt hätten, handle es sich um pathogenetisch -ätiologisch unklare syndromale

Zustandsbil der ohne nachweisbare organische Grundlage (Urk. 2 S. 1). Dies seien eine somatoforme Schmerzstörung und eine mittelgradige depressive Episode gewesen. Aktuell liege ein chronisches zervikales Schmerzsyndrom mit degenerativen Veränderungen ohne radikuläre Zeichen bei Status nach einem Halswirbelsäulen-Schleudertrauma der Kategorie II vor, wobei die degenerativen Veränderungen altersentsprechend seien. Somit liege auch aktuell ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Zustandsbild ohne nachweisbare organische Grundlage vor. Unter Bezugnahme auf die Foerster-Kriterien gelangte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zum Schluss, die vorliegenden Beschwerden seien nicht invalidisierend (Urk. 2 S. 2). Des Weiteren merkte sie an, die depressive Episode habe keine eigenständige Krankheit dar gestellt (Urk. 2 S. 3), und verneinte - mit näherer Begründung - die Notwendigkeit zusätzlicher Abklärungen (Urk. 2 S. 4).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer wandte hiergegen ein, er habe innerhalb eines halben Jahres drei Autounfälle erlitten, weshalb seine Halswirbelsäule bereits vorgeschädigt gewesen sei (Urk. 1 S. 4 f.). In Bezug auf seine neuropsychologischen Defizite, Schwindel, Tinnitus und Halswirbelsäule verlangte er weitere Abklärungen (Urk. 1 S. 5 f.). Im Zusammenhang mit dem Ende Juli 2009 abgeschlossenen Revisionsverfahren brachte er vor, Absatz 2 Satz 2 von Art.

#### **E. 2.2.2**

; Urteile des Bundesgerichts 9C\_427/2014 vom 1. Dezember 2014, E.

### **E. 3**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind.

Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

### E. 3.1

Die Rentenzusprechung erfolgte gestützt auf das Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 12. Juni 2004 sowie dessen Ergänzung vom 4. August 2004. Dr. Y.\_\_\_\_ stellte die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10: F45.4, wobei er die im Vordergrund stehende depressive Symptomatik in der Nebendiagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen gemäss ICD-10: F32.11 berücksichtigte (Urk. 6/ 21/8).

Dr. Y.\_\_\_\_ führte aus, durch den Unfall habe der Beschwerdeführer plötzlich seine Eigenständigkeit verloren und mit einer Anpassungsstörung auf die veränderte Lebenssituation reagiert. In relativ kurzer Zeit habe sich das neurotische Geschehen zur Somatisierung und zur somatoformen Störung mit einer Invalidisierung und Regression weiterentwickelt. Die drastische Verschlechterung des Gesundheitszustandes weise auf eine sogenannte unfallreaktive Somatisierungsstörung hin. Dazu passe auch die komplexe Symptomatik mit einer Vielfalt an körperlichen Beschwerden und einer ausgeprägten, im Verlauf früh auftretenden psychischen Komponente. Das Zustandsbild münde schliesslich in eine

Per sönlichkeitsänderung mit der auch im Falle des Beschwerdeführers festgestellten Regression in die Hilflosigkeit, Ohnmacht und Wertlosigkeit. Individuen mit derartigen Entwicklungen hätten regelmässig eine auffällige Persönlichkeitsstruktur, Bindungsstörungen, eine depressive Veranlagung und seien in ihrem Leben häufig traumatisiert worden. Dies seien für die adäquate Verarbeitung des Unfalls ungünstige Voraussetzungen. Bei Unfällen, nach welchen Dis torsions traumata der Halswirbelsäule im Zentrum stünden, müssten die anhaltenden Schmerzen und allenfalls neuropsychologische Defizite bewältigt werden. Hätten

die Bewältigungsversuche und entsprechende Behandlungsversuche keinen Erfolg, entwickle sich wie im Falle des Beschwerdeführers eine psychische Symptomatik, die schleichend in ihrer Intensität zunehme und zur Chronifizierung und Fixierung des Prozesses führe. Beim Beschwerdeführer sei eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten diagnostiziert worden. Eine Anpassungsstörung sei jedoch ein vorübergehendes Phänomen. Rückblickend erscheine es als wahrscheinlich, dass in jenem Zeitpunkt bereits der Prozess einer Somatisierung begonnen habe und die festgestellte gemischte Symptomatik mit Depression, Zukunftsorgen, Ängsten, Rückzug und Regression in diesem Zusammenhang zu interpretieren gewesen wäre. Zu diagnostizieren sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gemäss ICD-10: F45.4, wobei die im Vordergrund stehende depressive Symptomatik in der Nebendiagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen gemäss ICD-10: F32.11 zu berücksichtigen sei

(Urk. 6/ 21/7-8). Der Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers sei schwerer und invalidisierender Natur. Die Arbeitsunfähigkeit betrage aus rein psychiatrischer Sicht 100%. Der Beschwerdeführer sei in seinem aktuellen Zustands störungsbedingt keinem Arbeitgeber zumutbar und somit auf dem Arbeitsmarkt in keiner Tätigkeit vermittelbar. Die Prognose sei schlecht (Urk. 6/ 20/1).

### E. 3.2

Der RAD-Stellungnahme vom 22. Juli 2004 ist zu entnehmen, es liege nebst der somatoformen Schmerzstörung eine psychische Komorbidität in Form von einer mittelgradigen depressiven Episode vor. Es sei bei Dr. Y.\_\_\_\_ nachzufragen, inwiefern sich diese Nebendiagnose auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (Urk. 6/29/5).

In seinen ergänzenden Ausführungen vom 4. August 2004 hielt Dr. Y.\_\_\_\_

fest, Somatisierung, somatoforme Störungen und Depression gehörten zusammen. Im Falle des Beschwerdeführers sei die depressive, regressive Symptomatik vor dergründig und sehr ausgeprägt, weshalb die Depression zusätzlich als Neben diagnose aufgeführt werde. Diagnose und Nebendiagnose seien hier nicht im Sinne einer Komorbidität als zwei voneinander unabhängige Störungen zu verstehen. Die Aufteilung sei „künstlich“. Die depressive Komponente der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung habe eine wesentliche Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die genannte Schmerzstörung betrage 100 % . Eine Aufteilung in einzelne prozentuale Beiträge oder Anteile der zugrundeliegenden Probleme sei nicht sinnvoll (Urk. 6/26).

Der RAD gelangte in seiner Stellungnahme vom 2. September 2004 zum Schluss, es bestünden eine mittelgradige depressive Episode und eine somatoforme

Schmerz störung , die erheblichen Krankheitswert habe

(Urk. 6/29/6). 3.3

Mit der somatoformen Schmerzstörung lag bei der Rentenzusprechung als Haupt diagnose ein pathogenetisch -ätiologisch unklare s syndromale s

Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage vor (vgl. BGE 130 V 352) . Als Neben diagnose wurde vom Gutachter Dr. Y.\_\_\_\_ eine mittelgradige depressive Episode genannt, jedoch handelte es sich dabei nicht um eine selbst ständige, von der somatoformen Störung losgelöste Erkrankung, sondern um eine ausgeprägte depressive Komponente im Rahmen der Schmerzstörung (vgl. vorstehende E. 3.3).

Handelt es sich bei der depressiven Erkrankung lediglich um eine Begleiterscheinung zum unklaren Beschwerdebild, hat sie invaliditätsrechtlich keine weiter gehende Bedeutung (Urteil des Bundesgericht 9C\_667/2013 vom 29. April 2014, E.

4.3.1 mit weiteren Hinweisen).

Mit Blick auf die Zielsetzung der Schlussbestimmung kommt es denn auch nicht auf die präzise Diagnose, sondern auf die Natur des Gesundheitsschadens an. So wurde die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung auch bei organischen Beeinträchtigungen von untergeordneter Bedeutung bejaht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_384/2014 vom 10. Juli 2014, E.

3.2).

Beim Beschwerdeführer handelte es sich ausschliesslich um

eine somatoforme Schmerzstörung mit etwas ausgeprägterer Depressivität , weshalb lit . a Abs. 1 SchlB

6. IV-Revision anwendbar ist.

3. 4

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts soll die Schlussbestimmung nicht Hand bieten für eine nochmalige Überprüfung unter denselben Vorzeichen, wenn die Renten zusprache bereits auf der Grundlage der massgeblichen Überwindbarkeitsrechtsprechung erfolgt ist. Eine solche nochmalige Überprüfung kommt nur im Rahmen einer allfälligen Wiedererwägung mit den Voraussetzungen der zweifellosen Unrichtigkeit und der erheblichen Bedeutung der Berichtigung in Betracht (BGE 140 V 8 E).

2.2.1.3 und E.

**E. 7**

ATSG gemäss der Rechtsprechung erfüllt sind ( Abs. 1 zweiter Satz). Sind sie es nicht, das heisst ist keine Erwerbsunfähigkeit ausgewiesen, wird die Rente für die Zukunft herabgesetzt oder aufgehoben, wobei - im Sinne einer übergangsrechtlichen Unterstützung - ein Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG vorgesehen ist ( Abs. 2 erster Satz). Der Entscheid über die Rentenreduktion beziehungsweise -aufhebung gemäss den Schlussbestimmungen ergeht dem nach

vor der Durchführung von Wiedereingliederungsmassnahmen gemäss Art. 8a IVG (Urteile des Bundesgerichts 8C\_125/2015 vom 26. Juni 2015, E. 5; 9C\_64/2015 vom 27. April 2015, E. 4.1). Demnach sind die Ergebnisse der Massnahmen zur Wiedereingliederung nicht abzuwarten und auch nicht zu berücksichtigen. Nach dem Gesagten ist die von der Beschwerdegegnerin am 28. Oktober 2014 verfügte Einstellung der Invalidenrente nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 6. 6.1

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zuzugleich der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen; dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ). 6. 2

Mit Kostennote vom 1. September 2015 machte der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Aufwand von 14 Stunden und Fr. 83.-- Barauslagen geltend (Urk. 23 ), woraus eine Entschädigung von Fr. 3'113.65 ( 14

Stunden x Fr. 200.-- zuzüglich Barauslagen von Fr. 83.-- zuzüglich Mehrwertsteuer von 8 % ) resultiert.

Der geltend gemachte Aufwand ist angesichts der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses angemessen.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter ist demgemäss für seine Bemühungen und Barauslagen mit Fr. 3'113.65 (Mehrwertsteuer inbegriffen) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht 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.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Daniel Ehrenzeller, Teufen AR, wird mit Fr. 3'113.65 (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: - Rechtsanwalt Daniel Ehrenzeller - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigWidmer

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