

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00887 vom 22. September 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00887](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00887)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00887 du 22 septembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00887 del 22 settembre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG ).

### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichenem Arbeitsmarkt erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

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 1. 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. 1.5**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie 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.). 2.

### **E. 2**

Hiergegen erhob X. \_\_\_ am 3. September 2015 Beschwerde und beantragte, es sei ihm unter Aufhebung der Verfügung vom 2. Juli 2015 weiterhin eine unbefristete ganze Invalidenrente auszurichten; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Zudem ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und um Bestellung von Rechtsanwalt lic. iur. Stephan Kübler als unentgeltlichen Rechtsbeistand (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit

Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2015 auf Abweisung der Beschwerde und machte neu eventuell geltend, bereits die ursprünglichen Rentenverfügungen vom 31. Januar und 15. Februar 2013 (Urk. 8/100-101) seien zweifellos unrichtig gewesen, weshalb die angefochtene Verfügung auch mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung zu schützen sei (Urk. 7, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-146).

Dies wurde dem Beschwerdeführer am 29. Oktober 2015 mitgeteilt (Urk. 9). Mit Eingabe vom 18. Januar 2016 (Urk. 12) reichte der Beschwerdeführer das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit samt diverser Belege ein (Urk. 13-14/1-16).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründet die Renteneinstellung unter Hinweis auf das polydisziplinäre B.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Januar 2015 (Urk. 8/128) damit, dass sich der psychische

Gesundheitszustand des Beschwerdeführers insoweit verbessert habe, dass ihm seit der Begutachtung eine behinderungsangepasste Tätigkeit (körperlich leichte Arbeit, die wechselbelastend sei oder überwiegend sitzend ausgeführt werden könne, ohne Nacharbeiten sowie ohne Arbeiten mit dem linken Arm) zu 100 % zumutbar sei (Urk. 2). In der Beschwerdeantwort machte sie überdies geltend, die ursprünglichen Rentenverfügungen vom 31. Januar und 15. Februar 2013 (Urk. 8/100-101) seien zweifellos unrichtig gewesen, weshalb die angefochtene Verfügung auch mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung zu schützen sei (Urk. 7).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer ist demgegenüber der Ansicht, dass das polydisziplinäre B.\_\_\_\_-Gutachten keine revisionsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustandes darzulegen vermöge. Im Weiteren sei die Auflage, sich einer Alkohol- und Suchtmittelentwöhnung sowie Gewichtsreduktion zu unterziehen, fehlerhaft und somit nichtig, da es sich gemäss B.\_\_\_\_-Gutachten lediglich um eine Opiat- und Benzodiazepine-Entgiftung und -Entwöhnung aufgrund einer Fehlmedikation handle (Urk. 1).

### **E. 3**

Depressives Zustandsbild (seit circa Januar 2005)

#### **E. 3.1**

Die Rentenverfügungen vom 31. Januar und 15. Februar 201

#### **E. 3.2**

Im Rahmen des amtlich eingeleiteten Revisionsverfahrens sind insbesondere folgende medizinische Abklärungen relevant :

##### **E. 3.2.1**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Neurologie FMH, hielt in seinem Bericht vom 11. Mai 2012 (Urk. 8/113) zuhanden des behandelnden Hausarztes

Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH für Innere Medizin, folgende Diagnose fest:

-

Zunehmende Gangstörung, erhöhter (beinbetonter) Muskeltonus noch unklarer Genese

-

DD: am ehesten bei funktioneller Überlagerung bei chronifiziertem, generalisiertem panvertebralem Schmerzsyndrom und depressivem Zustandsbild

-

DD: im Rahmen eines extrapyramidal-motorischen Syndroms (Parkinson-Syndrom)

Der Beschwerdeführer sei bereits im November 2010 abgeklärt worden. Der Grund dieser Abklärung sei eine ausgeprägte Bewegungseinschränkung und Paresen der linken Schulter (nicht neurogen) gewesen. Zwischenzeitlich habe sich die Gesamtsituation eher verschlechtert. Nach wie vor bestehe ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit ausgeprägten Schmerzen der gesamten Wirbelsäule, im Schulterbereich und auch beider Beine. Im Rahmen einer IV-Abklärung in I. \_\_\_ sei dann die Verdachtsdiagnose einer amyotrophen Lateralsklerose aufgetreten. Der Beschwerdeführer gehe seit längerem an einer oder zwei Unterarmgehstützen. Es bestehe eine stark nach vornüber gebeugte Körperhaltung, welche möglicherweise im letzten Jahr noch etwas zugenommen habe. Der Beschwerdeführer sei während der Konsultation von seiner Ehefrau begleitet worden. Intermittierend zeige er ein leichtes Zittern beider Hände auf, aber eher selten. Bisher sei es zu keinen Stürzen gekommen. Auf Nachfrage seien bisher keine Neuroleptika eingenommen worden. Der Beschwerdeführer nehme regelmäßig Antidepressiva. Bei bestimmten Tätigkeiten (zum Beispiel Knöpfe aufmachen) brauche er immer mehr Hilfe. Zusätzlich beständen Einschlafparästhesien beider Hände vorwiegend in der Nacht, aber keine anhaltenden Sensibilitätsstörungen.

Aktuell fänden sich klinisch und elektrophysiologisch keine Hinweise auf eine amyotrophe Lateralsklerose. Aufgrund der klinischen Präsentation könne allerdings eine extrapyramidal-motorische Erkrankung (hypokinetisches Parkinson-Syndrom) nicht sicher ausgeschlossen werden. Das klinische Bild scheine allerdings im Rahmen des chronifizierten generalisierten Schmerzsyndroms (möglicherweise mit Somatisierungsstörung) stark funktionell überlagert zu sein. Möglich wäre auch ein Medikamenten-induziertes Parkinson-Syndrom. Typisch hierfür wäre die während der Untersuchung gezeigte Akathesie. Es sei unbekannt, ob der Beschwerdeführer in der Vergangenheit eventuell Neuroleptika eingenommen habe. Derzeit bestehe eine kombinierte Therapie aus Analgetika, einer antidepressiven Medikation und muskelrelaxierenden Medikamenten. Sollte es sich tatsächlich um ein (fortschreitendes) neurodegeneratives Leiden im Sinne eines idiopathischen Parkinson-Syndroms handeln, müsste der Beschwerdeführer auf eine dopaminerge Therapie ansprechen. Ein Therapieversuch mit Sinemet CR (3 x 125 Milligramm täglich) sei eingeleitet worden. Eine kurzfristige Nachkontrolle werde ein allfälliges positives Ansprechen objektivieren.

### **E. 3.2.2**

Hausarzt Dr. H.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 29. April 2014 (Urk. 8/116/6-10) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

1.

Chronifizierendes, invalidisierendes Schmerzsyndrom (seit August 2003)

bei

-

Status nach Schulter-OP links (Januar 2004)

2.

Unklares neurologisches Zustandsbild mit erhöhtem Muskeltonus (seit Februar 2012)

### **E. 3.2.3**

Im polydisziplinären (internistischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen) B.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Januar 2015 (Urk. 8/128) wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine residuelle Funktionsstörung des linken Schultergelenks nach Trauma im Juli 2003 und operativer Revision im Januar 2004 genannt (S. 49). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben folgende Diagnosen:

-

Morbide Adipositas (BMI 35)

-

Dissektion des Truncus

coeliacus 2010 mit Verschluss der Arteria

hepatis

communis und Stenose der proximalen Arteria

lienalsi

-

Opiat- und Benzodiazepin-Fehlgebrauch

-

Mögliche mittelgradige depressive Episode, weitgehend remittiert  
(ICD- 10: F 32.1Z)

Gemäss der internistischen Beurteilung (S. 25 f.) habe der Beschwerdeführer vorrangig von Schmerzen an der linken Schulter, Taubheitsgefühlen an beiden Händen, Konzentrationsschwierigkeiten und Wortfindungsstörungen berichtet. Spezifische internistische Beschwerden seien nicht vorgetragen worden. Aktenkundig sei ein Status nach Gefässdissektion des Truncus

coeliacus 2010, was auf Nachfragen aktuell keine Beschwerden verursache. In der erhobenen klinischen Untersuchung habe sich neben einem erheblichen Übergewicht keine

wesentliche internistische Auffälligkeit gefunden. Der in Ruhe sowie bei leichter Belastung durch das An- und Auskleiden erhöhte Herzfrequenz und leichte Atemnot liege bei ansonsten unauffälligen Herz-Kreislauf-Parametern während der Untersuchung und unauffälligem EKG-Befund am ehesten ursächlich ein Trainingsmangel und die massive Adipositas zugrunde. Die geklagten Schmerzen der Schulter, die Sensibilitätsstörungen sowie Konzentrationsstörungen seien im Rahmen der orthopädischen, neurologischen sowie psychiatrischen Teilbegutachtung zu bewerten. Aus internistischer Sicht liege somit keine dauerhafte eigenständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Die Adipositas und der Trainingsmangel seien hinsichtlich körperlich schwerer Tätigkeiten vorerst limitierend, aber durch eine Gewichtsreduktion und eine ansteigende körperliche Aktivierung besserbar.

Im neurologischen Teilgutachten (S. 26 ff.) wurden als anamnestische Angaben Kopfschmerzen sowie Schmerzen entlang der gesamten Wirbelsäule, der Schultern beidseitig, der Hände und Füße sowie eine Kraftlosigkeit an Armen und Beinen festgehalten. Im klinischen neurologischen Befund seien in den Sensibilitätsprüfungen wechselnde und inkonsistente Angaben gemacht worden, ohne dass sich Hinweise für eine peripher-axonale, radikuläre oder zentral bedingte Schädigung der sensiblen Nervenbahnen ergeben hätten. Der weitere klinisch-neurologische Befund sei regelrecht, insbesondere fänden sich keine Paresen, Muskelatrophien, Muskeltonusveränderungen, Reflexauffälligkeiten oder Koordinationsstörungen. Auffällig sei eine Diskrepanz zwischen spontan guter und schmerzfrei wirkender Beweglichkeit in vermeintlich unbeobachteten Zuständen oder im Rahmen lebhafter Gestikulation während der Anamnese und den Befunden in der formalen Prüfung, sodass von einer bewusstseinsnahen Aggravation auszugehen sei. Aktenkundig seien eine primäre Lateralsklerose mit linksseitiger Hemiparese, eine amyotrophe Lateralsklerose und ein Parkinson-Syndrom diskutiert worden. Für keine der genannten Erkrankungen fände sich im aktuellen neurologischen Befund jedoch ein ausreichender Anhalt, vielmehr seien die Diagnosen unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der hierigen Befunde nicht wahrscheinlich. Wechselnde Angaben bei Sensibilitätsprüfungen seien nach Aktendokumentation vorbeschrieben. Ein Schädel-CT vom Dezember 2011 habe einen regelrechten Befund ergeben. Auch eine umfangreiche elektroneurografische Diagnostik an Armen und Beinen und eine Elektromyographie des linken Musculus

biceps

bracchi und des rechten Musculus

tibialis

anterior vom Mai 2012 habe regelrechte Befunde ergeben. Die Kopfschmerzen seien am ehesten als Analgetika-induziert einzuordnen. Die derzeitige Medikation spreche für einen erheblichen, potentiell suchtinduzierenden Opiat- und Benzodiazepin-Fehlgebrauch, der vorrangig nunmehr zu beenden sei, zumal die gesamte derzeitige Symptomatik zumindest anteilig wesentlich auch im Kontext des Schmerzmittelgebrauchs (Alibilisierung des Suchtmittelkonsums) zu verstehen beziehungsweise hiervon vor einer kontrollierten Entgiftung und Entwöhnung nicht abgrenzbar sei. Hier sei also eine vollständige Entgiftung und Entwöhnung notwendig. Bevor diese nicht etabliert sei, könne bereits aus formalen Gründen (durch eine Entgiftung und Entwöhnung erreichbare Besserung der Beschwerden) keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit (Invalidität) attestiert werden, was offenkundig in den

Vorbewertungen unzureichend berücksichtigt worden sei. Die beklagte Müdigkeit und das subjektive Schwächegefühl sowie die Schmerzen seien zumindest ebenso gut (oder zumindest anteilig wesentlich) durch die leitlinienwidrige Polypharmazie mit Hydromorphon, Tizianin, Clonazepam und Mirtazapin bedingt. Zusammengefasst finde sich auf neurologischem Fachgebiet kein ausreichender Beleg für eine Minderung der Arbeitsfähigkeit (S. 32 f.).

Im Rahmen der orthopädischen Beurteilung (S. 40 f.) habe der Beschwerdeführer vorrangig Schmerz- und Gebrauchsstörungen des linken Schultergelenks und des linken Armes beklagt. Des Weiteren seien Schmerzen entlang der Wirbelsäule und eine Gangstörung beschrieben worden. Gutachterlich lasse sich die linke Schulter betreffend eine geringgradige

residuelle

Bewegungseinschränkung erkennen. Im Bereich des Achsenorgans finde sich keine namhafte, über subjektive Klagen hinausgehende strukturelle Auffälligkeit. Die spinalen Schmerzen seien am ehesten im Kontext des massiven Übergewichts zu verstehen und einzuordnen. Eine orthopädische Erklärung für die dargebotene Gangstörung und allgemeine Bewegungsstörung habe sich nicht gefunden. Orthopädischerseits sei aufgrund der Funktionsstörung des linken Schultergelenks eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinreichend plausibel, namentlich schieden körperlich schwere Arbeiten und Tätigkeiten mit häufiger Überkopfarbeit auf Dauer aus. Die letzte Tätigkeit als Isolierer und Gipser sei aufgrund der dabei regelhaft anfallenden körperlichen Belastung und insbesondere der notwendigen beidarmigen kraftvollen und sicheren Zugriffe auf Dauer nicht mehr leistbar (Arbeitsfähigkeit 0 %). Die Einschränkungen seien unter Würdigung der vorliegenden aktenkundigen Angaben seit dem Trauma-Zeitpunkt im Sommer 2003 anzunehmen. Leidensangepasste, körperlich überwiegend leichte Tätigkeiten ohne häufige beidarmige Überkopfarbeiten seien

orthopädischerseits somit gut leistbar (Arbeitsfähigkeit 100 %, Pensum und Rendement 100 %). Mittels einer konsequenten Gewichtsreduktion (Diät, ansteigende körperliche Aktivität) sei eine weitere Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit im behinderungsangepassten Rahmen zu erwarten. Die Mitarbeit des Beschwerdeführers sei dabei medizinisch gut zumutbar und stehe in seinem Gesundheitsinteresse.

Bei der psychiatrischen Exploration (S. 41 ff.) habe der Beschwerdeführer Schmerzen entlang der Wirbelsäule in den Vordergrund gestellt und zusätzlich über eine depressive Verstimmung berichtet, die sich jedoch deutlich verbessert habe. Er sei noch gelegentlich nervös und gereizt, habe Selbstwertdefizite und Schuldgefühle und sich - auch aus finanziellen Gründen - sozial zurückgezogen. Wegen einer verzögerten Mobilisation nach Schulteroperation links (2004) sei ein psychosomatisches Konzil im Dezember 2004 veranlasst worden. Damals habe sich „keine psychische Störung von Krankheitswert, vielmehr ein mal adaptives Bewältigungsmuster mit Schmerzausweitung und leichter affektiver Auslenkbarkeit (Nervosität und Besorgtheit)“ gefunden. Bei den im Aktenossier dokumentierten orthopädischen, schmerztherapeutischen, chiropraktischen und rheumatologischen Befundberichten habe kein angemessenes Korrelat für die geäußerten Schmerzen und Bewegungseinschränkungen gefunden werden können, wobei aber mangelhafte Bewältigungsstrategien, eine depressive Stimmungslage und eine Schmerzausweitung angesprochen worden seien. Der Hausarzt Dr. H. \_\_\_ habe in seinem

Bericht (April 2011) eine schlechte Prognose und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus vorwiegend psychischen Gründen geäußert. Im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens ( Medas , Dezember 2011) sei eine depressive Episode (die möglicherweise schwergradig sei), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und der Verdacht auf eine leichte Intelligenzminderung diagnostiziert worden. Bei der Testdiagnostik habe sich ein IQ von 82 ergeben (was bei gleichzeitig diagnostizierter Depression bereits aus methodischen Gründen nicht im Sinne einer belegten Intelligenzminderung verwertbar sei). Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht in jeglicher Tätigkeit um 50 % eingeschränkt, im Haushalt könne der Beschwerdeführer zu 100 % tätig sein. Die Prognose sei unsicher. Bei der Gesamtbeurteilung des interdisziplinären Medas -Gutachtens im März 2012 sei eine seit 2005 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Diese Einschätzung sei vor allem mit einer neurologischen Diagnose (primäre Lateralsklerose) begründet gewesen. Letztere liege jedoch nicht vor (siehe hiesiges neurologisches Teilgutachten ) und eine Lateralsklerose hätte unter anderem bis heute eine erhebliche Progredienz aufweisen (wenn nicht bereits letal enden) müssen. Bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung habe sich beim Beschwerdeführer nur ein leicht gestörter psychischer Befund gefunden. Orientiert an den Kriterien der ICD-10 seien die drei Hauptkriterien der Depression (deprimierte Stimmung, Antriebsdefizit, Verlust von Interesse und Freude) allenfalls zeitweise oder in einer leichten Ausprägung vorliegend. Der Beschwerdeführer berichte vor allem von einer vermehrten Reizbarkeit, Unzufriedenheit, Schuldgefühlen und Selbstwertproblemen aufgrund der langen Arbeitsunfähigkeit. Folge man seine Angaben, habe die depressive Symptomatik vor 3 bis 4 Jahren ihren Höhepunkt erreicht und sich nach seiner Schätzung um etwa 80 % zurückgebildet. Aktuell erreiche die depressive Residualsymptomatik nicht mehr das Niveau einer leichten depressiven Episode. Diese diagnostische Einschätzung werde durch die Angaben zur Alltagsgestaltung, die Verhaltensbeobachtungen am Untersuchungstag und durch die geringe Beanspruchung von Behandlungsmassnahmen im Fachgebiet gestützt. Insgesamt sei von einer weitgehenden Remission der ursprünglichen mittelgradigen depressiven Episode vor dem Hintergrund einer psychosozialen Belastungssituation auszugehen. Es fehlten Hinweise auf frühere depressive Episoden in der Vorgeschichte oder eine Häufung depressiver Störungen in der Familie, weshalb eine rezidivierende depressive Störung unwahrscheinlich sei. Beim Beschwerdeführer ständen derzeit die Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Achsen skelett mit Ausstrahlung in die Beine im Vordergrund. Die chronischen Schmerzen hätten sich ursprünglich nach einer Operation

der linken Schulter (Anfang 2004) entwickelt, mittlerweile finde sich aber kein adäquates organisches Korrelat für die sich diffus ausbreitenden Schmerzen. Obwohl der Schmerz mit einer psychosozialen Belastungssituation (Verlust des Arbeitsplatzes Ende 2013 [richtig: 2003 ] ) einhergehe, werde die im Vorgutachten festgestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerz störung angezweifelt. Es zeige sich eine Diskrepanz zwischen subjektiver Beschwerden schilderung (ständig VAS 7/10) und körperliche r Beeinträchtigung und dem nicht erkennbaren Leidensdruck in der Untersuchungssituation. Die Schmerzen würden vage und unpräzise beschrieben, der Krankheitsverlauf könne nicht schlüssig vorgetragen werden. Der fortlaufende Einsatz hochpotenter Opiate und von Benzodiazepinen erfordere darüber hinaus die Erwägung eines mit der reklamierten Symptomatik alibilisierten Suchtmittelkonsums. Insgesamt ergebe sich bei der Plausibilitätsprüfung somit der Verdacht auf eine bewusstseinsnahe Verdeckelung. Der bereits in den Akten dokumentierte Verdacht auf eine leichte Intelligenzminderung (

IQ 82) könne unter der fortlaufenden Opiat- und Benzodiazepine-Medikation nicht bestätigt werden. Die seinerzeitige Diagnose sei auch bereits aufgrund des parallel diagnostizierten depressiven Syndroms nicht haltbar (depressive Syndrome führten bekanntlich zu „pseudodementiellen“ kognitiven Störungsbildern). Dessen ungeachtet spreche die Schulbiografie sicher für eine schlichte Begabung, sodass der Beschwerdeführer ex tunc nur für einfache Tätigkeiten geeignet gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe keinen Beruf erlernt, sei aber für Tätigkeiten im Restaurant oder Baugewerbe angelehrt worden. Er sei offensichtlich ausreichend in der Lage gewesen, den Anforderungen einer Ehe und der Kindererziehung nachzukommen. Auch im Übrigen sozialen Verhalten zeigten sich keine gravierenden Auffälligkeiten. Zusammenfassend seien den somatischen Beschwerden und dem Bildungsniveau angepasste Tätigkeiten aus psychiatrischer Sicht mit einem Pensum und Rendement von 100 % als leicht anzusehen. Tätigkeiten mit hoher Eigenverantwortung und Nacharbeit seien dabei eher ungeeignet. Notwendig sei eine konsequente und kontrollierte Opiat- und Benzodiazepine-Entgiftung und -Entwöhnung.

In Zusammenfassung aller Teilgutachten, der dabei erhobenen Anamnesen und Befunde sowie der Aktenunterlagen kam die Gutachter gemeinsam zum Schluss (S. 49 f.), die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer körperlich leichten, wechselbelastenden oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes ohne Nacharbeit und ohne häufige Überkopfeinsatz des (nicht dominanten) linken Arms sei per se mit 100 % einzuschätzen (Pensum und Rendement 100 %). Gut geeignet seien zum Beispiel Arbeiten als Lagerist oder in einfachen Hol- und Bringdiensten (interner Postverteiler). Somatischerseits

liege lediglich eine geringgradige Einschränkung der Funktion des linken Arms vor. Psychiatrischerseits bestehe keine namhafte eigenständige Erkrankung (mehr), vielmehr sei aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsaufnahme als wünschenswert anzusehen (Stabilisierung von Tagesstruktur, Selbstwert, finanzielle Sicherheit und soziale Teilhabe). Notwendig sei eine Gewichtsreduktion und eine Opiat- und Benzodiazepin-Entgiftung und -Entwöhnung, da ein leitlinienwidriger (nicht dokumentierter, zudem als unwirksam beschriebener und potentiell suchtsinduzierender) Pharmaka-Fehlgebrauch bestehe, der im Übrigen auch geeignet sei, zu depressiven Störungen und Beeinträchtigungen der Kognition zu führen. Die gesamte reklamierte Symptomatik sei bis zu einer vollständigen, leitlinienkonform kontrollierten Entgiftung und Entwöhnung zumindest anteilig wesentlich auch im Kontext der Fehlmedikation verstehbar. Die Mitarbeit des Beschwerdeführers bei den empfohlenen Massnahmen sei medizinisch gut zumutbar und stehe in seinem Gesundheitsinteresse und dürfe dabei auch als Mass des Leidensdruckes verstanden werden.

Es sei zu einer Besserung des psychiatrischen Gesundheitszustandes gekommen, eine namhafte Depressivität liege nicht mehr vor und die entsprechend zuvor attestierte psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit entfalle somit. Die seinerzeitige Attestierung einer generellen Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei auf dem Boden einer - zudem nicht haltbaren - Verdachtsdiagnose (Medas-Gutachten 2012: „Auch in einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer mit der Verdachtsdiagnose primäre Lateralsklerose ab 2005 nicht

mehr arbeitsfähig.“) gestellt worden und hätte also bereits seinerzeit Zweifel wecken können/dürfen (der „Verdacht“ impliziere eine mögliche Gesundheitsstörung, was versicherungsmedizinisch bekanntlich nicht genüge). Auch aktenkundig sei der Verdacht

noch im selben Jahr zudem revidiert worden, als Dr. G.\_\_\_\_ keine Hinweise auf eine amyotrophe Lateralsklerose gefunden habe. 4.

#### **E. 4**

Chronisches Schulter-Arm-Syndrom links (seit August 2003) bei

-

Status nach Reverse-Bankart- Repair am 20. Januar 2004

-

Status nach Sudeckoider Reaktion der linken oberen Extremität

-

maladaptives Bewältigungsmuster mit Symptomausweitung

#### **E. 4.1**

Vorliegend ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit den Rentenverfügungen vom 31. Januar und 15. Februar 2013 (Urk. 8/100-101) und der am 2. Juli 2015 verfügten Rentenaufhebung (Urk. 2) anspruchserheblich verbessert hat.

#### **E. 4.2**

Bei der Durchführung von Revisionen sind die Vollzugsorgane der Invalidenversicherung verpflichtet, den Untersuchungsgrundsatz zu wahren (Art. 43 Abs. 1 ATSG) beziehungsweise die versicherungsrelevanten Sachverhaltselemente abzuklären. Liegt ein Revisionsgrund vor, so hat eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen, mithin auch eine neue ärztliche Beurteilung der gesamten gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.5, Urteil des Bundesgerichts 8C\_864/2011 vom 1. Februar 2012 E. 5.1 mit Hinweisen).

#### **E. 4.3**

Das polydisziplinäre B.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Januar 2015 (Urk. 8/128) basiert auf einer umfassenden internistischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die begutachtenden Ärzte haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Dem polydisziplinären Gutachten kommt daher grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.5).

#### **E. 4.4**

.1

Der psychiatrische Gutachter stellte schlüssig fest, dass es zu einer Besserung des psychischen Gesundheitszustandes gekommen ist. Aufgrund der nur noch leicht gestörten Befundlage schloss er auf eine weitgehende Remission der ursprünglichen mittelgradigen ( allenfalls sogar

schwergradigen ) depressiven Episode. Diese diagnostische Einschätzung deckt sich auch mit dem subjektiven Empfinden des Beschwerdeführers, der selbst angab, dass sich die

depressive Stimmungslage mittlerweile um etwa 80 % zurückgebildet habe (vgl. Urk. 8/128 S. 43) . Dabei verweist der Gutachter auch auf die funktionierende Alltagsgestaltung und stellt einleuchtend dar, dass weder die aktuelle Verhaltensbeobachtung noch die nur geringe Beanspruchung von psychiatrischen Behandlungsmassnahmen für einen ausgeprägten Leidensdruck des Beschwerdeführers sprechen.

Auch das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung wurde verneint und überzeugend damit begründet, dass die geklagten Beschwerden nur unzureichend erklärbar sind und nur vage und unpräzise vorgetragen werden. Der diesbezüglich dargelegte Zusammenhang zwischen dem Opiat- und Benzodiazepin-Fehlgebrauch und der fortwährenden reklamierten Schmerz-Symptomatik im Sinne einer Alibibilisierung des Suchtmittelkonsums erscheint über dies durchaus nachvollziehbar. Hinsichtlich der leichten Intelligenzminderung (IQ von 82) ist in Übereinstimmung mit dem psychiatrischen Gutachter festzuhalten, dass eine solche schlichte Begabung keine Arbeitsunfähigkeit bewirkt. Damit liegt ein Revisionsgrund vor und hat eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen (vgl. E. 4.2). 4. 4 .2

Hinsichtlich der im Vorgutachten gestellten neurologischen Verdachtsdiagnose einer primären Lateralsklerose mit linksseitiger Hemiparese kann gestützt auf die schlüssigen Darlegungen des begutachtenden Neurologen festgehalten werden, dass sich diese mangels (letaler) Progredienz offenkundig nicht bewahrheitet -

ja sogar falsifiziert - hat. Diesbezüglich ist anzumerken, dass eine blosser Verdachtsdiagnose nur eine mögliche Gesundheitsstörung impliziert, aber versicherungsmedizinisch keine rechtsgenügeliche Grundlage bilden kann, um mögliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Die vom Beschwerdeführer (aggravatorisch) beklagte neurologische Symptomatik steht zumindest anteilig wesentlich auch im Kontext des leitlinienwidrigen Schmerzmittelgebrauchs . Die Forderung des Neurologen nach einer kontrollierten Opiat- und Benzodiazepine-Entgiftung und -Entwöhnung, um eine dadurch erreichbare Besserung beziehungsweise Abgrenzung der Beschwerden beurteilen zu können, erscheint deshalb durchaus nachvollziehbar und sinnvoll.

Auch hinsichtlich der von Dr. G. \_\_\_ gestellten Differentialdiagnose eines Parkinson-Syndroms (vgl. E. 3.2.1) finden sich gemäss vorliegender überzeugender neurologischer Einschätzung keine Anhaltspunkte. Sollte sich dieser Verdacht im weiteren Verlauf tatsächlich bewahrheiten, dann steht dem Beschwerdeführer die Möglichkeit einer Neuanmeldung offen.

#### **E. 4.4.3**

Der rheumatologische/orthopädische Gesundheitszustand und somit auch dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (100%ige Arbeitsfähigkeit in leistungsgerechten Tätigkeiten) blieben dagegen unverändert (vgl. Urk. 8/88 S. 37 und Urk. 8/128 S. 40 f.).

#### **E. 4.5.1**

Der Beschwerdeführer bringt vor, sowohl der neurologische als auch der psychiatrische Gutachter könnten anhand der nur unzureichenden Untersuchungen keine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes darlegen (Urk. 1 S. 8 f.).

Diesbezüglich ist festzuhalten, dass es grundsätzlich dem untersuchenden Facharzt obliegt, über die adäquaten Untersuchungsmethoden und anzuwendenden Testverfahren zu

entscheiden. Dr. med. J.\_\_\_\_ , Neurologie FMH, und Dr. med. K.\_\_\_\_ , Psychiatrie und Psychotherapie, war en als beguta ch tende Fach ärzte durchaus in der Lage, sich aufgrund ihrer eigenen Untersu chung en

ein Urteil über den neurologischen respektive psychiatrischen Gesund heitszustand des Beschwerdeführers zu bilden. Der Hinweis des Beschwerde führers auf seine ihn weiterhin beeinträchtigenden Beschwerden vermag auch angesichts der im polydisziplinären B.\_\_\_\_ -Gutachten nachvollziehbar darge legten Inkonsistenzen und den Aggravationstendenzen nicht durchzudringen .

#### **E. 4.5.2**

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers, dass die eingeschränkte Funkti onsfähigkeit seines rechten Armes nicht abgeklärt worden sei (Urk. 1 S. 9), ist auf die getätigten orthopädischen Untersuchungen der oberen Extre mitäten hinzuweisen, wonach keinerlei beeinträchtigende Befunde des rechten Armes erwähnt wurden (Urk. 8/128 S. 36-37).

#### **E. 4.6**

Zusammenfassend entspricht das polydisziplinäre B.\_\_\_\_ -Gutachten den erfor derlichen Kriterien und es ist seit Januar 2015 (interdisziplinäre Konsensbespre chung ) von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie damit einher gehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer aus orthopädischer Sicht behinderungsangepassten Tätigkeit (körperlich leicht, wechselbelastend oder überwiegend sitzend, ohne Nacharbeit und ohn e häufigen Überkopfeinsatz des [nicht dominanten] linken Armes) auszugehen. 5 . 5 .1

Im Regelfall ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Renten bezug können ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervor geht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgän gige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstren gung der versicherten Person nicht möglich ist. Diese Rechtsprechung ist grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die (revisions- oder wiederer wägungsweise ) Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versi cherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskrite rien (vgl. lit . a Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 1 8. März 2011 [ 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]) bedeutet nicht, dass die daran ter fallenden Rentnerinnen und Rentner im jeweiligen revisions- (Art. 17 Abs. 1 ATSG) beziehungsweise gegebenenfalls wiedererwägungsrechtlichen (Art. 53 Abs. 2 ATSG) Kontext einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten; es wird ihnen lediglich zugestanden, dass – von Ausnahmen abgesehen – auf grund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbstein gliederung nicht mehr zumutbar ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteile Bundesgerichts 8C\_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.4 und 9C\_412/2014 vom 20. Oktober 2014 E. 3.1). 5 .2

Wie der Beschwerdeführer richtig ausführt, erfüllt er die vorausgesetzten Schwel lenwerte des 15-jährigen Rentenbezugs oder des 55. Altersjahres nicht, welche die Durchführung von vorgängigen Eingliederungsmassnahmen erfor dern würden (vgl. Urk. 12 S. 2 f.). Im Übrigen steht immerhin 12-jährige Arbeitsabstinenz verbunden mit der Tatsache, dass er

„einfach strukturiert“ ist und äusserst limitierte Ressourcen hat, stehen einer Selbsteingliederung nicht

im Wege. Denn wie der psychiatrische B.\_\_\_\_-Gutachter einleuchtend darlegt, war der Beschwerdeführer trotz seiner schlichten Begabung in der Lage, sich für einen (einfachen) Beruf im Baugewerbe anlernen zu lassen und den Anforderungen einer Ehe und der Kindererziehung nachzukommen.

Dem Beschwerdeführer steht es jederzeit frei, bei der Beschwerdegegnerin berufliche Massnahmen zu beantragen.

#### **E. 5**

Rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom (seit August 2008)

mit

-

segmentaler Dysfunktion der LWS

-

myofaszielles Schmerzsyndrom der paravertebralen Muskulatur  
beidseits

#### **E. 6**

% kein Rentenanspruch besteht (vgl. Erwägung 1.2), hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente somit zu Recht per Ende August 2015 (vgl. Art. 88 bis Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung) aufgehoben, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

#### **E. 7**

.

Hinsichtlich der mit Schreiben vom 30. März 2015 als Schadenminderungspflicht auferlegten Durchführung einer Behandlung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes (Alkohol- und Suchtmittelentwöhnung sowie Gewichtsreduktion) ist zu bemerken, dass selbige nicht Bestandteil der angefochtenen Verfügung bildet, weshalb das Gericht nicht darüber zu befinden hat. Gleichwohl ist richtig zu stellen, dass es sich dabei um eine Opiat- und Benzodiazepin-Entgiftung und -Entwöhnung, welche sich im Rahmen einer leitlinienwidrigen Verschreibung von suchtmittelinduzierenden Medikamenten entwickelte, handeln muss (vgl. diesbezüglich auch Formulierung im B.\_\_\_\_-Gutachten, Urk. 8/128 S. 32 und S. 47-49).

#### **E. 8**

.5

Der Beschwerdeführer ist darauf hinzuweisen, dass er zur Nachzahlung der Kosten für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Gericht beschliesst, In Bewilligung des Gesuchs vom 3. September 2015 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Stephan Kübler, Winterthur, als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt und es wird ihm die unentgeltliche Prozessführung bewilligt. und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

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

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Stephan Kübler, Winterthur, wird mit Fr. 3'378.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler -  
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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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  
Hurst-Geiger

### **E. 8.1**

Der Beschwerdeführer hat in seiner Beschwerdeschrift unter Beilage und Nachreichung diverser Belege ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Ernennung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters gestellt (Urk. 1 S. 2 und Urk. 3, Urk. 12-14).

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Die Pflicht des Staates zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege geht der familienrechtlichen Unterhaltspflicht nach; entsprechend ist bei der Beurteilung der Bedürftigkeit das Einkommen und Vermögen beider Ehegatten zu berücksichtigen (BGE 115 Ia 195 E. 3a). Erst wenn all diese Mittel zur Finanzierung des Prozesses nicht ausreichen, ist die Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts gegeben (ZR 90 Nr. 82 S. 260).

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