

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00894 vom 4. November 2011**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-11-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00894](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00894)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00894 du 4 novembre 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00894 del 4 novembre 2011

## **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). 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.

### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 seit Zusprenkung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 1 .4

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu geben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten 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).

## **E. 2**

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG ).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 13. September 2018 ( Urk. 2) zusammengefasst, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers spätestens seit dem Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung am 14. August 2017 verbessert habe. Da keine Diagnosen mehr vorlägen, welche sich langandauernd auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden, bestehe kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente. An dieser Beurteilung werde nach Rücksprache mit dem RAD auch nach Prüfung der im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwände festgehalten. Insbesondere sei mit Blick auf die Stellungnahmen von med. pract. B. \_\_\_ dem Umstand Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen.

### **E. 2.2**

Dieser Argumentation hielt der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift vom 15. Oktober 2018 im Wesentlichen entgegen, auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z. \_\_\_ könne aus diversen Gründen nicht abgestellt werden. Dieser werde von der Beschwerdegegnerin übermässig häufig mit der Erstellung von Gutachten beauftragt und habe soweit bekannt noch nie eine relevante Arbeitsunfähigkeit attestiert. Zur näheren Abklärung der Befangenheit sei die Beschwerdegegnerin aufzufordern, alle

für sie von Dr. Z. \_\_\_ seit 2016 erstellten Gutachten in anonymisierter Form insoweit zuzustellen, als damit sämtliche Beurteilungen hinsichtlich Arbeitsfähigkeit ersichtlich seien ( Urk. 1 S. 4 f.). Des Weiteren komme dem Gutachten kein Beweiswert zu, da trotz schlechter Deutschkenntnisse kein Dolmetscher beigezogen worden sei ( Urk. 1 S. 6 f.). Darüber hinaus vermöge die Expertise inhaltlich nicht zu überzeugen, wobei Dr. Z. \_\_\_ namentlich die zuvor von mehreren Fachärzten gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zu Unrecht negiert habe ( Urk. 1 S. 10 f.). Insgesamt sei das Gutachten nicht geeignet, den Beweis für eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erbringen,

weshalb nach wie vor Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bestehe ( Urk. 1 S. 12).

### **E. 2.3**

In ihrer Beschwerdeantwort vom 27. November 2018 ( Urk. 6) betonte die Beschwerdegegnerin, dass sie von einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation ausgehe und daher die Rente einzustellen sei. Ein weiterer Revisionsgrund sei ferner darin zu erblicken, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der medizinischen Abklärungen erstmals ein aggravatorisches Verhalten gezeigt habe. Im Übrigen sei die Rentenaufhebung auch gestützt auf die substituierte Begründung der Wiedererwägung zulässig, da bei Rentenzusprechung eine unvollständige Sachverhaltsabklärung vorgenommen worden sei und eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vorliege.

### **E. 2.4**

Mit Replik vom 13. März 2019 ( Urk. 15) bestritt der Beschwerdeführer insbesondere, dass die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruhe, welche eindeutig über die bloss (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung hinausgehe.

### **E. 3.1**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle des wegen des Revisionsergebnisses gestützt auf Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangs sachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

Eine umfassende Anspruchsprüfung wurde im konkreten Fall einzig bei Erlass der Verfügung vom 4. November 2011 durchgeführt, mit welcher dem Beschwerdeführer erstmals rechtskräftig eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen wurde (Urk. 7/19). Im ersten Revisionsverfahren im Jahr 2012 holte die Beschwerdegegnerin lediglich einen vom Beschwerdeführer beziehungsweise med. pract.

B.\_\_\_\_ ausgefüllten Fragebogen ein (Urk. 7/23), ohne den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) um eine Stellungnahme zu ersuchen (vgl. Urk. 7/25), obwohl der Formularbericht keine nachvollziehbare Begründung enthält. Dies entspricht keiner rechtskonformen Sachverhaltsabklärung im Sinne der Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_52/2016 vom 23. März 2016 E. 3.2), weshalb die rentenbestätigende Mitteilung vom 1. November 2012 (Urk. 7/26) keine Basis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bilden kann.

### **E. 3.2.1**

Der erstmaligen Rentenzusprechung lagen die folgenden medizinischen Unterlagen zu Grunde.

Gemäss Bericht des Sanatoriums C.\_\_\_\_ vom 1. April 2011 hat sich der Beschwerdeführer vom 4. Januar bis 4. März 2011 in stationärer psychiatrischer Behandlung befunden (Urk. 7/11/1). Es wurde eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) diagnostiziert. Während des gesamten Aufenthalts sei es leider zu keiner wesentlichen Verbesserung des Zustandsbildes gekommen. Im Rahmen der Hospitalisation habe der Beschwerdeführer von seinem Arbeitgeber die Kündigung erhalten. Aufgrund der mangelnden Tagesstrukturierung sei es nach der Klinikentlassung zu einer Exazerbation der depressiven Symptomatik gekommen, weshalb der Beschwerdeführer am 30. März 2011 erneut zur stationären Behandlung eingetreten sei. Aufgrund der persistierenden Symptome sei es eher unwahrscheinlich, dass sich eine allzu grosse Verbesserung des Zustandsbildes ergeben werde. Für die Dauer des ersten stationären Aufenthalts und ab dem 30. März 2011 liege bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Der Beschwerdeführer sei durch starke Konzentrationsstörungen sowie eine deutliche Antriebs- und Energielosigkeit sowie die innere Unruhe eingeschränkt (Urk. 7/11/2 f.).

### **E. 3.2.2**

Med. pract. B.\_\_\_\_

diagnostizierte im Bericht vom 5. April 2011 eine schwere depressive Störung im Sinne von ICD-10 F32.2 (Urk. 7/10/1). Aus ärztlicher Sicht seien ein Leidensdruck und eine innere Anspannung spürbar. Subjektiv seien die Konzentrations- und Merkfähigkeit reduziert. Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen seien nicht vorhanden. Der Beschwerdeführer beschreibe jedoch ein kaum zu unterbrechendes Gedankenkreisen und wirke leicht verlangsamt. Ferner wirke er im Affekt kaum auslenkbar und starr. Der Antrieb sei deutlich reduziert, wobei der Haushalt und administrative Pflichten noch erledigt würden. Der Beschwerdeführer beschreibe zudem eine permanente innere Anspannung und Nervosität sowie das Gefühl von Wertlosigkeit und Insuffizienz. In diesem Zusammenhang hätten sich starke Schamgefühle und ein sozialer Rückzug entwickelt. Hinzu kämen störende Durchschlafstörungen, ein merklicher Appetitverlust und eine passive Suizidalität (Urk. 7/10/3). Namentlich infolge der stark reduzierten Belastbarkeit, der sehr rasch auftretenden Überforderungsgefühle sowie der verminderten Durchhaltefähigkeit liege seit dem 7. September 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt vor. Langfristig könne mit einer langsamen und schrittweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden (Urk. 7/10/4).

### **E. 3.2.3**

Mit Stellungnahme unbekanntes Datum hielt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, vom RAD fest, dass den ärztlichen Berichten gefolgt werden könne. Seit dem 7. September 2010 bestehe sowohl für die angestammte als auch für leidensangepasste Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Prognostisch könne nach einer Stabilisierung des Gesundheitszustandes von einer schrittweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 7/13/2 f.).

### **E. 3.2.4**

Auf der Grundlage

dieser medizinischen Beurteilung und einem Invaliditätsgrad von 100 % sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab dem 1. September 2011 eine ganze Invalidenrente zu ( Urk. 7/19).

### **E. 3.3.1**

Im Rahmen des aktuellen Revisionsverfahrens holte die Beschwerdegegnerin zunächst diverse Berichte der behandelnden Ärzte ein. Daraus ist ersichtlich, dass sich der Beschwerdeführer in den Zeiträumen Dezember 2010 bis Dezember 2011 sowie März 2014 bis März 2015 wiederholt für mehrere Wochen im Sanatorium C.\_\_\_\_ sowie der psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ in (teil-)stationäre psychiatrische Behandlung begeben hatte (vgl. Urk. 7/46/6 ff. [mit einer Auflistung der Aufenthalte in Urk. 7/46/24] , Urk. 7/52/3 ff. ). Zuletzt war er vom 3. Februar bis 6. März 2015 in der E.\_\_\_\_ hospitalisiert, wobei im Austrittsbericht vom 9. März 2015 folgende Diagnosen gestellt wurden (Urk. 7/46/23): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - eine ausführliche Abklärung sei am 15. August 2011 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsspitals F.\_\_\_\_ erfolgt, wobei die Untersuchungen keine Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung ergeben hätten - soziale Phobien (ICD-10 F40.1; Erstdiagnose 2010) - psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak; Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.2) - rezidivierende, okzipital betonte Kopfschmerzen, etwa drei Mal monatlich seit 2011 (ICD-10 R51).

Bei Eintritt seien insbesondere ein eingeschränkter affektiver Rapport sowie ein verminderter Antrieb aufgefallen. Der Beschwerdeführer habe affektiv niedergedrückt, hoffnungslos sowie reduziert schwingungsfähig gewirkt. Im Weiteren sei der formale Gedankengang verlangsamt erschienen. Dagegen hätten weder Anhaltspunkte für inhaltliche Denkstörungen noch für Einschränkungen des Bewusstseins oder der Orientierung bestanden. Die Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit sowie die mnestischen Funktionen seien ebenfalls nicht offensichtlich gestört gewesen. Im Verlauf habe sich anhand der regelmässigen Gespräche herausgestellt, dass die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung erfüllt seien. Der Beschwerdeführer sei mit dem Giftgasangriff auf Halabdscha

(Irak) im März 1988 einer Extremlastung ausgesetzt gewesen und habe bereits eine Woche danach regelmässig von dem Attentat geträumt. Diese Träume seien ab 2010 zunehmend schlimmer geworden, wobei mit der Zeit die Schlafstörungen zugenommen hätten und Konzentrationsstörungen sowie eine erhöhte Schreckhaftigkeit aufgetreten seien. Wegen der grossen Ängste habe sich die Durchführung von Probeübernachtungen zu Hause zunächst schwierig gestaltet. Nachdem ihm ein paar Übernachtungen gelungen seien, sei der Beschwerdeführer bei fehlenden Hinweisen auf eine Selbst- oder Fremdgefährdung am 6. März 2015 ausgetreten, um am 9. März 2015 in den Irak zu fliegen und sich um den Nachzug seiner Ehefrau in die Schweiz zu kümmern ( Urk. 7/46/26).

### **E. 3.3.2**

Med. pract . B.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 29. Juni 2016 fest, dass eine schwere depressive Störung im Sinne von ICD-10 F32.2 vor dem Hintergrund eines Status nach traumatischen Kriegserlebnissen vorliege. Das psychopathologische Zustandsbild zeige sich weitgehend unverändert. Der Beschwerdeführer leide namentlich unter einer hohen Anspannung, die zu Blockierungsgefühlen und einer starken Regression führe. Es seien nur

vereinzelte soziale Kontakte vorhanden und der Beschwerdeführer sei nur gelegentlich zu seiner Familie in sein Heimatland zurückgekehrt. Kurz nachdem seine Frau im Dezember 2015 in die Schweiz eingereist sei, habe sie einen Jungen geboren. Kurzfristig habe eine leichte Verbesserung der Stimmung und Antriebslage beobachtet werden können, die leider bereits nach wenigen Wochen wieder einer Überforderung und vermehrten Anspannung sowie Ratlosigkeit gewichen sei. Aktuell zeige sich wieder das alte depressive Zustandsbild; einzig die Suizidalität sei etwas rückläufig ( Urk. 7/46/1). Zurzeit scheine daher jede Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt den Beschwerdeführer zu überfordern ( Urk. 7/46/3).

### **E. 3.3.3**

In seinem psychiatrischen Gutachten vom 20. November 2017 gelangte Dr. Z.\_\_\_\_ zum Schluss, dass keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könnten. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei die rezidivierende depressive Störung, welche gegenwärtig remittiert sei (ICD-10 F33.4; Urk. 7/85/50).

Im Rahmen der Anamneseerhebung habe der Beschwerdeführer berichtet, dass es ihm meistens schlecht gehe. Dies äussere sich dadurch, dass er nicht nach draussen gehen könne, nicht lesen könne sowie den ganzen Tag nervös und unruhig sei. Zudem seien Ein- und Durchschlafprobleme vorhanden. Manchmal bessere sich sein Zustand für kurze Zeit, jedoch nicht anhaltend. Dies sei seit 2010 respektive 2011 der Fall; es habe sich seither nichts geändert. Es gehe ihm jetzt eher noch schlechter. Die Unruhe sei so stark geworden und die Traurigkeit sei den ganzen Tag vorhanden ( Urk. 7/85/27).

Der Gutachter lege dar, dass die Untersuchung keine Einschränkungen des Bewusstseins oder der Orientierung ergeben

habe. Die Auffassungsgabe sei eben falls ungestört gewesen; leichte Beeinträchtigungen seien hinsichtlich Konzentration und Merkfähigkeit aufgefallen. Etwas verlangsamt dargestellt habe sich der formale Gedankengang, wobei der Beschwerdeführer ein Grübeln und Gedankenkreisen betreffend die Themen Gesundheit und Zukunft beschrieben habe. Inhaltliche Denkstörungen hätten sich demgegenüber ebenso wenig eruieren lassen wie Hinweise auf Zwänge, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Die Grundstimmung sei zum depressiven Pol verschoben gewesen; die affektive Modulationsfähigkeit habe sich eingeschränkt präsentiert. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer unter anderem über ausgeprägte Insuffizienzgefühle, innere Unruhe, Reizbarkeit, Antriebsarmut, eine Minderung der Vitalgefühle sowie sozialen Rückzug geklagt. Hinweise auf einen Todeswunsch oder Suizidgedanken hätten aktuell nicht bestanden ( Urk. 7/85/38 f.).

Aus psychiatrischer Sicht habe der Beschwerdeführer vordergründig über eine depressive Symptomatik geklagt und ausgeführt, dass es ihm seit 2010 oder 2011 immer gleich respektive eher noch schlechter gehe. Was genau «schlechter» bedeute, habe er jedoch nicht erklären können. Beim suggestiven Abfragen verschiedener Symptome habe er diverse bejaht und auch eine depressive Grundstimmung demonstriert. Abgesehen von den Schilderungen des Beschwerdeführers, dass sich sein Zustand verschlechtert habe, dass er nicht arbeiten könne und dass es Tage gebe, an denen er nicht rausgehen könne und nichts machen würde, habe er über einen eigentlich recht unauffälligen Tagesablauf mit verschiedenen sozialen Kontakten und vor allem über eine rege Reisetätigkeit berichtet, was in sich bereits ein recht grosser Widerspruch sei. Dem beschriebenen sozialen Rückzug stehe auch die Tatsache entgegen, dass der Beschwerdeführer wieder geheiratet habe

und dass seine Ehefrau nun zum zweiten Mal schwanger sei. Zu betonen sei zudem, dass einzelne schlechte Tage nicht für das Vorliegen einer depressiven Episode sprechen würden, da diese Diagnose eine über mindestens vierzehn Tage anhaltende depressive Verstimmung in einer gewissen Ausprägung voraussetze und nicht auf die jeweiligen Lebensumstände reagieren dürfe (Urk. 7/85/43 f.).

Aufgrund der grossen Diskrepanz zwischen den berichteten sozialen Aktivitäten und der Überzeugung, nicht arbeitsfähig zu sein, sowie den geschilderten neuropsychologischen Einschränkungen sei zusätzlich eine neuropsychologische Abklärung bei Dr. A.\_\_\_\_ veranlasst worden. Dabei hätten sich eindeutige Hinweise dafür ergeben, dass der Beschwerdeführer nicht nur stark aggraviert, sondern teilweise auch Einschränkungen simuliert habe. So hätten sämtliche Beschwerdevalidierungsverfahren auffällige Testergebnisse gezeigt. Würden diese der tatsächlichen neurokognitiven Funktionstüchtigkeit entsprechen, so wäre der Beschwerdeführer in keiner Weise fähig gewesen, selbständig vom Wohn- zum Untersuchungsort zu gelangen und er bedürfte einer engmaschigen Betreuung in einer pflegerischen Institution. Dies zeige sich auch im erbrachten Testresultat zum allgemeinen Intelligenzquotienten (IQ von 50; Urk. 7/85/44 f., vgl. zudem Urk. 7/85/81 f.).

Aufgrund der starken Aggravation, den Diskrepanzen und den Widersprüchen könne aktuell nicht vom Vorliegen einer depressiven Episode ausgegangen werden. Es könne jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass deren Kriterien in der Vergangenheit vorübergehend einmal (oder auch mehrere Male) vorgelegen hätten, weshalb die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung durchaus zutreffen könne. Zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung sei diese allerdings als remittiert einzustufen. Immer wieder sei zudem die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt worden, was aus verschiedenen Gründen nicht plausibel sei. Insbesondere habe der Beschwerdeführer über keine entsprechende Symptomatik geklagt und gar explizit betont, bei der Einreise in die Schweiz keine psychischen Probleme gehabt und hierzulande gearbeitet zu haben, bis es etwa 2010 zur

depressiven Erkrankung gekommen sei. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne nach ICD-10 allerdings nur gestellt werden, wenn die entsprechende Symptomatik innerhalb eines halben Jahres nach dem belastenden Ereignis aufgetreten sei (Urk. 7/85/46 f.). Insgesamt liege aus psychiatrischer Sicht keine Störung vor, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Da der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit seit April 2012 nicht eindeutig beantwortet werden könne, gelte die attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit dem Datum der psychiatrischen Untersuchung am 14. August 2017 (Urk. 7/85/54, 7/85/56).

#### **E. 3.3.4**

In seinem im Rahmen des Vorbescheidverfahrens verfassten Einwand vom 8. Februar 2018 hielt med. pract. B.\_\_\_\_ fest, dass das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar sei. Aufgrund von sprachlichen Missverständnissen seien Fakten falsch interpretiert worden (Urk. 7/98/1, 7/98/4). Es sei namentlich nicht zulässig, aus einer «Antwortverzerrung» in einer testpsychologischen Abklärung darauf zu schliessen, dass der Proband «gesund» sei. Die von Dr. Z.\_\_\_\_ erhobenen psychopathologischen Befunde sprächen für ein deutliches depressives Zustandsbild. Zusätzlich liege eine posttraumatische Belastungsstörung vor, welche wesentliche Einschränkungen im Alltag zur Folge habe. Der Gutachter scheine die

Symptome dieser Störung nicht eingehend abgefragt zu haben. Ferner sei die Latenzzeit nicht derart klar auf ein halbes Jahr nach dem Ereignis begrenzt; viel mehr gebe es auch Verläufe, die einen verzögerten Beginn aufweisen würden. Des Weiteren erweise sich der Vorwurf einer «regen Reisetätigkeit» als haltlos und sei nicht geeignet, zu belegen, dass der Beschwerdeführer in der Lage sein soll, einer Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt nachzugehen ( Urk. 7/98/2 f.).

### **E. 3.3.5**

Mit Stellungnahme vom 26. März 2018 hielt Dr. Z.\_\_\_\_ im Wesentlichen an seiner Beurteilung fest und betonte, dass die neuropsychologische Abklärung eine Möglichkeit der Symptomvalidierung darstelle, welche im konkreten Fall sehr auffällig gewesen sei. Aufgrund der vielen Inkonsistenzen müsse davon ausgegangen werden, dass sich der Beschwerdeführer bei der psychiatrischen Abklärung analog verhalten habe. Im Gegensatz zur behandelnden Fachperson könne in der arbeitsmedizinischen Abklärung nicht nur auf die Angaben des Exploranden abgestützt werden, vor allem nicht bei zahlreichen Hinweisen auf deren Unzuverlässigkeit ( Urk. 7/102/4 ff. ; vgl. auch die ergänzenden Ausführungen des Neuropsychologen vom 27. März 2018, Urk. 7/101 ).

### **E. 4.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die dem Beschwerdeführer erstmals mit Verfügung vom 4. November 2011 ( Urk. 7/19 ) zugesprochene ganze Rente der Invalidenversicherung zu Recht aufgehoben hat. Dabei stützte sie sich primär auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_, welches auch eine neuropsychologische Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ beinhaltet und am 26. März 2018 ergänzt wurde ( Urk. 7/85/1-57, 7/85/69-83, 7/101 -102 ).

#### **E. 4.2.1**

Vorab zu prüfen ist einerseits der Einwand des Beschwerdeführers, dass

Dr. Z.\_\_\_\_ die Begutachtung nicht unvoreingenommen durchgeführt habe. Dieser werde von der Beschwerdegegnerin übermässig häufig mit der Erstellung von Gutachten beauftragt und habe noch nie eine relevante Arbeitsunfähigkeit attestiert. Zur näheren Abklärung der Befangenheit sei die Beschwerdegegnerin aufzufordern, dem Gericht alle für sie von Dr. Z.\_\_\_\_ seit 2016 erstellten Gutachten in anonymisierter Form insoweit zuzustellen, als damit sämtliche Beurteilungen hinsichtlich Arbeitsfähigkeit ersichtlich seien ( Urk. 1 S. 4 f.).

#### **E. 4.2.2**

Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche

Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE

132 V 93 E. 7.1, 120 V 357 E. 3).

#### **E. 4.2.3**

In erster Linie ist darauf hinzuweisen, dass Ausstands- oder Ablehnungsgründe gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung so früh wie möglich geltend gemacht werden müssen. Es verstösst gegen Treu und Glauben, Einwendungen dieser Art erst im Rechtsmittelverfahren vorzubringen, wenn dies schon vorher möglich und zumutbar gewesen wäre. Wird eine sachverständige Person nicht unverzüglich als befangen abgelehnt, wenn die betroffene Person vom Ablehnungsgrund Kenntnis erhält, verwirkt sie den Anspruch auf spätere Anrufung dieser Verfahrensgarantie (BGE 137 V 210 E. 6.1.1 mit Hinweisen).

Die Beschwerde gegen erin orientierte den Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 28. März 2017 darüber, dass sie gedenke, Dr. Z.\_\_\_\_

mit der Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens zu beauftragen (Urk. 7/60). Den Einwand der Befangenheit erhob der Beschwerdeführer allerdings erst im Zuge des Beschwerdeverfahrens, weshalb sich seine Rüge als verspätet erweist. Davon abgesehen bleibt anzumerken, dass der regelmässige Beizug eines Gutachters durch den Versicherungsträger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen nach gefestigter bundesgerichtlicher Rechtsprechung für sich allein genommen keine Zweifel an der Unabhängigkeit eines Gutachters erwecken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_96/2018 vom 19. März 2018 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Im Weiteren ist nicht ersichtlich, inwiefern die Kenntnis der vom psychiatrischen Experten in anderen Fällen attestierten Arbeitsunfähigkeiten mangelnde Ergebnisoffenheit zu belegen und damit den Beweiswert seiner gutachterlichen Einschätzung in Frage zu stellen vermöchte (Urteile des Bundesgerichts 9C\_582/2018 vom 7. Januar 2019 E. 2.1 und 8C\_627/2016 vom 17. November 2016 E. 4.3). Anhaltspunkte, die auf eine anscheinungsweise Befangenheit des psychiatrischen Gutachters im konkreten Einzelfall hindeuten könnten, trägt der Beschwerdeführer nicht vor. Es rechtfertigt sich daher, in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. hierzu BGE 136 I 229 E. 5.3) auf die bezüglich der gutachterlichen Ergebnisoffenheit verlangte Beweismassnahme zu verzichten.

Insgesamt erweist sich der Einwand, Dr. Z.\_\_\_\_ habe das Gutachten nicht unvoreingenommen erstellt, somit als nicht stichhaltig.

#### **E. 4.2.5**

).

#### **E. 4.3.1**

Andererseits rügt der Beschwerdeführer, dass das Gutachten aufgrund des fehlenden Beizugs eines Dolmetschers nicht verwertbar sei (Urk. 1 S. 6 f. und S. 11).

#### **E. 4.3.2**

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Der bestmöglichen

sprachlichen Verständigung zwischen Experte und versicherter Person kommt insbesondere bei der psychiatrischen Abklärung besonderes Gewicht zu. Nach der Rechtsprechung ist daher bei psychiatrischen Begutachtungen eine Übersetzungshilfe beizuziehen, sofern sprachliche Schwierigkeiten bestehen und das Untersuchungsgespräch nicht in der Muttersprache des Exploranden geführt werden kann (BGE 140 V 260 E. 3.2.1). Es besteht indessen kein unbedingter Anspruch auf Durchführung einer medizinischen Abklärung in der Muttersprache oder auf Beizug eines Übersetzers (Urteil des Bundesgerichts 8C\_913/2010 vom 18. April 2011 E. 3.3.1 mit Hinweisen). Grundsätzlich hat der Gutachter im Rahmen sorgfältiger Auftragserfüllung zu entscheiden, ob eine medizinische Abklärung in der Muttersprache des Exploranden oder unter Beizug eines Übersetzers im Einzelfall geboten ist. Massgeblich, ob und in welcher Form bei der Abklärung dem Gesichtspunkt der Sprache und der sprachlichen Verständigung Rechnung getragen werden muss, ist letztlich die Bedeutung der Massnahme im Hinblick auf die in Frage stehende Leistung. Es geht um die Aussagekraft und damit die beweismässige Verwertbarkeit des Gutachtens als Entscheidungsgrundlage für die IV-Stelle und gegebenenfalls das Sozialversicherungsgericht. Danach müssen die Feststellungen des Experten nachvollziehbar sein, seine Beschreibung der medizinischen Situation muss einleuchten und die Schlussfolgerungen müssen begründet sein (erwähntes Urteil 8C\_913/2010 E. 3.3.1 ; vgl. zum Ganzen : Urteil des Bundesgerichts 8C\_578/2014 vom 17. Oktober 2014 E.

#### **E. 4.3.3**

Der Beschwerdeführer weist grundsätzlich zutreffend darauf hin ( Urk. 1 S. 6 f.), dass für den ersten Begutachtungstermin, welcher verschoben werden musste, ein Übersetzer aufgeboten worden war (vgl. Urk. 7/65). Für den zweiten Termin wurde darauf verzichtet, wobei Dr. Z. \_\_\_ dies in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 26. März 2018 damit begründete, dass die Verständigung auf Deutsch gut möglich gewesen sei ( Urk. 7/102/4 ; vgl. auch Urk. 7/85/2 ), was der Neuropsychologin bestätigte ( Urk. 7/101/2 ). Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers finden sich im Gutachten jedoch nicht nur Angaben zu seiner Muttersprache Kurdisch ( Urk. 7/85/28 , 7/85/73 ), sondern auch konkrete Hinweise zu seinen Deutschkenntnissen. Befragt nach seinem beruflichen Werdegang äusserte sich der Beschwerdeführer dahingehend, dass er einige Jahre nach seiner Einreise in die Schweiz für eineinhalb Jahre jeweils an fünf Halbtagen pro Woche

einen Deutschkurs besucht habe. Er habe dabei auch Schreiben und Lesen gelernt . Er sei in diesem Zusammenhang nicht auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen ( Urk. 7/85/30 f.). Darüber hinaus war es dem Beschwerdeführer nicht nur möglich, die Fahrprüfung erfolgreich zu absolvieren, sondern auch das Schweizer Bürgerrecht zu erwerben ( Urk. 7/85/28 ), was als Zeichen erfolgreicher Integration unter anderem die Fähigkeit voraussetzt, sich im Alltag in Wort und Schrift in einer Landessprache verständigen zu können (vgl. Art. 11 lit . a in Verbindung mit Art. 12 Abs. 1 lit . c des Bundesgesetzes über das Schweizer Bürgerrecht, BüG ). Wird darüber hinaus berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer seit geraumer Zeit psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch nimmt und dabei — soweit ersichtlich — nicht auf einen Dolmetscher angewiesen war (vgl. Urk. 7/52/29 [« Gute Deutschkenntnisse»] ), so spricht dies

klar gegen seine Behauptung , nicht in der Lage zu sein , die

Fachpersonen so zu verstehen, dass er verwertbare Antworten geben könne (vgl. Urk. 1 S. 6).

Insgesamt ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer über genügend Deutschkenntnisse verfügt, damit die psychiatrisch-neuropsychologische Begutachtung ohne Beizug eines Übersetzers fachgerecht durchgeführt werden konnte.

Dies widerspiegelt sich nicht zuletzt auch im hohen Detaillierungsgrad der von Dr. Z.\_\_\_\_ erhobenen Anamnese (vgl. Urk. 7/85/27 ff.), welche bei mangelhaften Deutschkenntnissen des Beschwerdeführers kaum in dieser Form ausgefallen wäre.

#### **E. 4.4**

.2

Die im Vergleichszeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprechung diagnostizierte schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) zeichnete sich insbesondere durch Gedankenkreisen, einen kaum auslenkbaren und starren Affekt, eine deutliche Reduktion des Antriebs, permanente innere Anspannung und Nervosität sowie Insuffizienzgefühle aus. Im Weiteren klagte der Beschwerdeführer damals über Ein- und Durchschlafstörungen, ein deutlich vermindertes Konzentrationsvermögen, einen merklichen Appetitverlust sowie eine passive Suizidalität (Urk. 7/10/3, 7/11/2).

Der Beschwerdeführer teilte Dr. Z.\_\_\_\_

mit, nach wie vor namentlich unter Ein- und Durchschlafstörungen, einer starken inneren Unruhe, Grübeln und Gedankenkreisen sowie einer während des gesamten Tages bestehenden Traurigkeit zu leiden. Zudem klagte er über eine Konzentrationsminderung und Vergesslichkeit (Urk. 7/85/27, 7/85/38 ff.). Massive Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten gab er im Vorfeld der neuropsychologischen Abklärung ebenfalls gegenüber Dr. A.\_\_\_\_ an (Urk. 7/85/70, 7/85/72). Die daraufhin

vorzugsweise ohne Zuhilfenahme der deutschen Sprache (Urk.

7/85/73)

durchgeführten Testverfahren ergaben auch insbesondere in den Kategorien Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit sowie Lernen und Gedächtnis durchwegs schwergradige Einschränkungen (Urk. 7/85/75 ff.). Allerdings hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, dass sämtliche Beschwerdevalidierungsverfahren durchgängig auffällige Testergebnisse mit Hinweisen auf eine Antwortverzerrung beziehungsweise eine bewusste Manipulation gezeigt hätten. Zeitweise sei zudem aufgefallen, dass sich der Beschwerdeführer für das Betätigen der «Richtigstaste» vorbereitet, dann kurz innegehalten und anschliessend die «Falschstaste» betätigt habe. Aufgrund der testweise erzielten Daten könne nicht auf das tatsächliche Ausmass der neurokognitiven Funktionstüchtigkeit geschlossen werden. Würden die erzielten Resultate der realen neurokognitiven Funktionstüchtigkeit entsprechen, wäre der Beschwerdeführer auf eine engmaschige Betreuung in einer pflegerischen Institution angewiesen. Ferner wäre in Anbetracht des erzielten Intelligenzquotienten von 50 noch äusserst knapp von einer leichten Intelligenzminderung im Sinne von ICD-10 F70 (IQ von 50 bis 69) auszugehen (Urk. 7/85/80 ff.). Der Neuropsychologe vermochte deshalb aus den erfolgten Testungen keinen Mehrwert betreffend die Frage der Leistungsfähigkeit zu gewinnen (Urk. 7/85/83).

Vor diesem Hintergrund kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass das tatsächliche Leistungsniveau des Beschwerdeführers nach wie vor durch

eine starke Beeinträchtigung des Konzentrationsvermögens

vollständig eingeschränkt ist. Eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes ist auch dahingehend erkennbar, dass sich der Appetit des Beschwerdeführers wieder normalisiert hat ( Urk. 7/85/36) und von seiner Seite keine Suizidgedanken mehr geschildert wurden ( Urk. 7/85/27, 7/85/39). Gegen eine weiterhin bestehende schwere depressive Störung spricht überdies der Umstand, dass der Beschwerdeführer nur noch alle zwei Wochen jeweils eine einstündige Behandlung bei med. pract . B. \_\_\_ in Anspruch nimmt und seit März 2015 nicht mehr psychiatrisch hospitalisiert war ( Urk. 7/85/28, 7/85/37).

Der begutachtende Psychiater führte zudem aus, dass die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung durchaus zutreffend gewesen sein könne, aber im Zeitpunkt seiner Untersuchung als remittiert betrachtet werden müsse ( Urk. 7/85/46), was auf eine entsprechende Verbesserung schliessen lässt.

Insgesamt ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG bejahte.

Der Rentenanspruch ist daher im Folgenden in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. E. 1.3 vorstehend).

#### **E. 5**

.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin die Rente des Beschwerdeführers zu Recht revisionsweise auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben (vgl. Art. 88 bis

Abs. 2 lit . a IVV), da kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad mehr vorliegt. Entgegen dem Eventualantrag des Beschwerdeführers besteht in Anbetracht der beweiskräftigen Aktenlage auch kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3).

Die angefochtene Verfügung vom 13. September 2018 ( Urk. 2) ist somit nicht zu beanstanden, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

#### **E. 6**

.1

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

#### **E. 9**

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Urk. 11) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 6.2

Mit Verfügung vom 3. Dezember 2018 ( Urk. 11) wurde dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Christos Antoniadis als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt. Die ser

machte mit Honorarnote vom 30. Januar 2020 einen Gesamtaufwand von 15 Stunden und 40 Minuten sowie Barauslagen von pauschal Fr. 103.40 geltend ( Urk. 20).

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert.

Der geltend gemachte Aufwand ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses teilweise nicht angemessen. Für das Studium der nicht sehr umfangreichen Verwaltungsakten

sowie das Abfassen der

### **E. 12**

seitigen Beschwer beschreibt inklusive Bearbeitung des Gesuches um unentgeltliche Rechtspflege (Einträge vom 28. September bis 29. November 2018; Urk. 20) erweist sich maximal ein Aufwand von insgesamt neun Stunden als gerechtfertigt. Hinzu rechnen sind die im Übrigen insbesondere für die Instruktion, die Erstellung der Replik sowie die Nachbearbeitung geltend gemachten drei Stunden und 15 Minuten. Unter Berücksichtigung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- resultiert damit ausgehend von einem Gesamtaufwand von 12.25 Stunden ein Honorar von Fr. 2'695.--. Rechtsanwalt Antoniadis ist folglich mit Fr. 2'989.60 aus der Gerichtskasse zu entschädigen ( Fr. 2'695.--

plus Barauslagen von Fr. 80.85 [3 % ] zuzüglich Mehrwertsteuer von 7.7 % ).

Der Beschwerdeführer ist auf §

### **E. 16**

Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an den unentgeltlichen Rechtsvertreter verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- 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 Christos Antoniadis, Zürich, wird mit Fr. 2'989.60 (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 Christos Antoniadis - 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 Der Gerichtsschreiber Fehr Würsch

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