

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00317 vom 1. Mai 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00317](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00317)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00317 du 1 mai 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00317 del 1 maggio 2020

## **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 Allge meinen 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 kom menden 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**

G emäss Art. 28 Abs. 2

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG)

besteht b ei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Vier teltrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreivierteltrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **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, her abgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung 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 gebliebe nem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Auf gabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebe nen 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 rechtli cher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C\_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen). 2.

#### **E. 2**

7. Oktober 2014, Urk. 11/76). Ausgehend von der Möglichkeit einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes bei regelmässiger psychiatrischer Behandlung auferlegte die IV-Stelle dem Versicherten mit Schreiben vom 29. August 201

#### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2019 (Urk. 2/1) hielt die Beschwerdegegnerin fest, der psychiatrische Zustand habe sich im Dezember 2013 verbessert. In Bezug auf die Hüftproblematik sei dem Beschwerdeführer ab Dezember 2015 eine angepasste Tätigkeit in einem 100%-Pensum zumutbar. Der Einkommensvergleich habe einen Invaliditätsgrad von 27% ergeben, womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr bestehe.

#### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 3. Mai 2019 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, eine Remission seiner psychischen Störungen sei nicht eingetreten. Vielmehr liege in der Zwischenzeit eine Chronifizierung des psychischen Beschwerdebildes vor, bedingt durch multiple Krankheitsfaktoren auch aus somatischer Sicht. Diesbezüglich sei aufgrund der Wirbel- und Hüftproblematik eine Verschlechterung ausgewiesen. Gesamthaft sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit sowohl in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit auszugehen.

#### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Rentenaufhebung rechtmässig war. 3.3.1

Mit Verfügung vom 27. Oktober 2014 sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab dem 1. Dezember 2012 eine ganze Rente zu (Urk. 11/76). Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung, ob eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt, bildet somit die Verfügung vom 27. Oktober 2014 (vgl. E. 1.1), welcher im Wesentlichen die folgenden Arztberichte zu Grunde lagen: 3.2

Seit einem Burnout im November 2011 war der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig geschrieben und vom 10. April bis 1. Juni 2012 im B.\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung (vgl. Urk. 11/5/3). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, hielt vor dem Hintergrund einer Verkettung mehrerer Erkrankungen und einer psychosozialen Belastungssituation eine allgemeine Abgeschlagenheit, Schwäche und fehlende Energie sowie geringe Belastbarkeit und zunehmende Nervosität fest (vgl. Arztbericht vom 13. Februar 2012, Urk.

11/5/4).

Vom 19. September bis 20. Dezember 2012 war der Beschwerdeführer in der D.\_\_\_\_ in Behandlung, wo er am tagesklinischen Angebot teilnahm. Die Ärzte hielten eine mittel

gradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.1) sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01) fest und gingen aufgrund der zum Zeitpunkt des Austritts ausgeprägten Angstsymptomatik sowie der eingeschränkten Belastbarkeit und Verlässlichkeit von einer stark reduzierten Arbeitsfähigkeit aus (vgl. Arztbericht vom 14. März 2013, Urk. 11/18). Hinzu kam ein schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1), aufgrund dessen sich der Beschwerdeführer vom 2. Januar bis 2. Mai 2013 in die E.\_\_\_\_ in stationäre Behandlung begab. Die Alkoholproblematik sei im Zusammenhang mit dem Burnout im November 2011 im Sinne einer Selbstmedikation aufgetreten. Im Verlauf der Behandlung habe der Beschwerdeführer über immer wiederkehrende Phasen von Ängsten und depressiven Gefühlen geklagt. Zur Stabilisierung wolle der Beschwerdeführer nach dem Aufenthalt in der E.\_\_\_\_ in die Tagesklinik D.\_\_\_\_ eintreten und die Rückkehr in die Berufstätigkeit anstreben (vgl. Schlussbericht der E.\_\_\_\_ vom 7. Mai 2013, Urk. 11/21). 3.3

In der Folge veranlasste die Krankentaggeldversicherung eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. F.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, G.\_\_\_\_, welche am 24. Mai 2013 erfolgte (Urk. 11/22). Der Gutachter hielt die Diagnosen einer Panikstörung (ICD-10: F41.0) sowie einer Soziophobie (ICD-10: F40.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Ohne Auswirkungen seien der schädliche Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1) sowie der schädliche Gebrauch von Nikotin (ICD-10: F17.1). Es wurde eine innerliche Unruhe, Zittern, Nervosität, ohne Einschränkungen der mnestischen Funktionen, aber mit einer leicht herabgesetzten Konzentration, eine leicht verminderte Modulation und leichte psychomotorische Unruhe beschrieben. Es könne aber mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden. Momentan befinde sich der Beschwerdeführer in tagesklinischer Behandlung, im Anschluss daran sei eine ambulante psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung mit einer Behandlungsfrequenz von einmal wöchentlich fortzuführen. Nach Austritt aus der Tagesklinik, zirka am 2. Juli 2013, sei im Rahmen von Integrationsmassnahmen der Invalidenversicherung eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit mit einem Pensum von 25 % möglich. Ab dem 16. Juli 2013 könne das Arbeitspensum auf 50 % und ab dem 1. August 2013 auf 100 % gesteigert werden. 3.4

Zur neuropsychologischen Standortbestimmung wurde der Beschwerdeführer an Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Neurologie, sowie Prof. Dr. phil. I.\_\_\_\_, Neuropsychologin, überwiesen, wo er am 15. Januar 2014 untersucht wurde. Die Untersuchungen, die neuropsychologische Untersuchung zeige bei dem psychomotorisch leicht verlangsamten Patienten mit genauem Arbeitsstil eine bestehende anterograde amnestische Störung mit Lern- und Speicherschwierigkeit von sprachlichen und nichtsprachlichen Informationen sowie ein vermindertes konzeptuelles Denken (mit asymmetrischer Leistung zu Ungunsten der sprachlichen Modalität). Gemäss Anamnese bestehe eine perinatale zerebrale Komplikation mit sprachlicher Entwicklungsschwäche und anderen neuropsychologischen Funktionsschwächen. Es sei zu bemerken, dass solche frühkindlich erworbenen zerebralen Dysfunktionen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Suchtverhaltens darstellen. Die Gedächtnisschwäche sei hauptsächlich äthylisch-toxisch bedingt. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Ärztinnen fest, in einer den Fähigkeiten angepassten Tätigkeit könne eine ca. 50%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Es sei eine langsame Steigerung des Pensums zu empfehlen. Die zukünftige Tätigkeit müsse wenige Anforderungen an das Kurzzeitgedächtnis sowie die sprachlichen Leistungen stellen, eine selbständige Tätigkeit

sei nicht zu empfehlen (vgl. Arztbericht vom 22. Januar 2014, Urk. 11/38) . Auch med. pract. J.\_\_\_\_ von der K.\_\_\_\_

verwies auf Konzentrationstörungen und Gedächtnisdefizite (Kurzzeitgedächtnis) sowie eine anterograd-amnestische Störung (neue Informationen könnten kaum behalten und neue Inhalte nur schwer behalten bzw. erlernt werden) . Die Erreichung einer Arbeitsfähigkeit (auch im angepassten Rahmen) erachte sie bis Ende 2014 als unwahrscheinlich. Die längerfristige Entwicklung sei vom weiteren Verlauf abhängig. Grundsätzlich sei von einer maximal erreichbaren Arbeitsfähigkeit von 40 % bei einfachen Tätigkeiten auszugehen, wobei die dabei zu erreichende Leistungsfähigkeit abzuwarten bleibe. Die momentane Leistungsfähigkeit im Rahmen seiner Teilnahme am Integrationsprogramm liege bei ca. 50 % im geschützten Rahmen , wobei der Beschwerdeführer Benzodiazepine benötige, um dieses Pensum regelmässig einhalten zu können, was darauf hinweise, dass er mit dem Pensum überfordert sei. Med. pract. J.\_\_\_\_ beurteilte den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auf niedrigem Niveau stabil. Entsprechend stehe die Stabilisierung und die Bewältigung des Alltags (Haushalt, Familie) im Vordergrund . Der Beschwerdeführer werde im Sommer 2014 Vater eines Kindes. Bis dahin sollte er soweit stabilisiert sein, dass er zeitweise die Betreuung des Babys übernehmen könne (vgl. Arztbericht vom 27.

März 2014, Urk. 11/42) . 3.5

Im Rahmen der aktenbasierten Einschätzung hielt RAD-Ärztin Dr. Z.\_\_\_\_

fest (vgl. Urk. 11/53 S. 5), die seit November 2011 ausgewiesene

vollständige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit

sei nachvollziehbar. Es seien eine überwiegend wahrscheinlich seit Kindheit bestehende neuropsychologische Problematik sowie eine psychische Problematik erkennbar. Der Benzodiazepin- und Alkoholkonsum könne in einem dysfunktionalen Geschehen im Rahmen einer seit früher Kindheit bestehenden zerebralen Problematik verortet werden. Die medizinischen Massnahmen seien bisher alle umgesetzt worden. Die Weiterführung der psychischen Behandlung sei angezeigt. Damit sei eine ca. 40-50%ige Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt zu erwarten (in einfacheren, überschaubaren und strukturierten Tätigkeiten ohne vermehrten Zeit- und Termindruck, ohne Schicht- und Nachtarbeit, ohne Multitasking, ohne vermehrte Verantwortungsübernahme und mit mittelschweren körperlichen Belastungen). 4.

#### **E. 4**

eine Schadenminderungspflicht im Sinne der Durchführung einer psychiatrischen Behandlung, welche mit amtlicher Revision per Juli 2015 überprüft werde (Urk. 11 / 54 ).

#### **E. 4.1**

Der rentenaufhebenden Verfügung vom 25. Februar 2019 (Urk. 2/1) lagen im Wesentlichen das durch die Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten der Medas-Stelle A.\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2018 (Urk. 11/177) sowie die folgenden Arztberichte

zu Grunde:

#### **E. 4.2**

Aufgrund ausgeprägter Schmerzen in der rechten Hüfte wurde der Beschwerdeführer im Februar 2015 im L.\_\_\_\_ vorstellig. Dort wurde eine avaskuläre Femurkopfnekrose rechts Stadium III nach Ficat diagnostiziert (vgl. Arztbericht vom 20. Februar 2015, Urk. 11/82/7). Bis April 2015 verschlechterte sich die Schmerzsituation so, dass bei sich vergrößerndem Einbruch der infarzierten Zone vom Femurkopf sowie einer beginnenden Coxarthrose die Indikation zur Implantation einer Hüftprothese gestellt wurde (vgl. Arztbericht vom 27. April 2015, Urk. 11/82/5). Der operative Eingriff fand am 19. Mai 2015 statt und verlief komplikationslos, sodass der Beschwerdeführer am 23. Mai 2015 entlassen werden konnte (vgl. Berichte vom 21. und 22. Mai 2015, Urk. 11/82/9-11). Im Rahmen der Verlaufskontrolle drei Monate postoperativ wurde ein regelrechter Verlauf festgehalten. Zur Besserung der muskulären Balance im Beckenbereich sei die Physiotherapie notwendig (vgl. Arztberichte vom 14. August 2015 [Urk. 11/82/3], 17. September 2015 [Urk. 11/82/1]).

#### **E. 4.3**

Im Verlaufsbericht der K.\_\_\_\_ wurde von einem stagnierenden Verlauf, ohne weitere Zustandsverschlechterung, berichtet. Es wurden die Diagnosen einer gegenwärtig mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.10), einer Agoraphobie, mit Panikstörung und sozialen Ängsten (ICD-10: F40.01) sowie einer anamnestischen Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) festgehalten. Ferner ist von einer anterograd-amnestischen vorbeschriebenen Störung die Rede. Es sei weiter hin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt auszu gehen (vgl. Arztbericht vom 26. Oktober 2015, Urk. 11/85). Nach einer Auseinandersetzung mit seiner Frau und einem Alkoholrückfall begab sich der Beschwerdeführer am 15. Dezember 2015

zur Krisenintervention erneut in stationär-psychiatrische Behandlung ins B.\_\_\_\_. Als Hauptdiagnosen wurden eine psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (ICD-10: F10.8) sowie Probleme in Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73) und als Nebendiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) festgehalten. Während des stationären Aufenthalts habe eine Remission der depressiven Episode beobachtet werden können, sodass er am 23. Dezember 2015 wieder entlassen werden können (vgl. Austrittsbericht vom 19. Januar 2016, Urk. 11/105). Im Arztbericht des M.\_\_\_\_ vom 26. März 2016 (Urk. 11/107), das der Beschwerdeführer seit 24. Dezember 2015 aufsuchte, wurde darauf hingewiesen, dass die Beziehungskonflikte und die gescheiterten Versuche eine tragfähige Partnerschaft zu etablieren, die Depression des Beschwerdeführers verstärken würden. Ihm fehle der emotionale Rückhalt des Umfeldes. Es bestehe seit Februar 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung sei die Prognose schlecht. Die Arbeitsunfähigkeit hänge mit der gesamten psychosozialen Belastung, mit dem dadurch verursachten Stress und mit der Depression zusammen.

#### **E. 4.4**

Nach erfolgtem körperlichem Alkoholentzug in der D.\_\_\_\_

(29. Januar bis 7. März 2016 und 16. März bis 1. April 2016; vgl. Urk. 11/156) war der Beschwerdeführer vom 1. April bis 20. Juni 2016 zur Fortführung der Entwöhnungstherapie

und psychotherapeutischer Behandlung in stationärer Behandlung in der N.\_\_\_\_, wo gestützt auf die ausführliche Psycho diagnostik mittels Homburger ADHS Skalen für

Erwachsene erstmals eine einfa che Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS; ICD-10: F90.0) diagnostiziert wurde unter Hinweis, dass eine 2014 durchgeführte neuropsychologische Abklärung bei anderer Fragestellung keine Auffälligkeiten im Bereich der gerichteten und geteilten Aufmerksamkeit gezeigt habe. Ferner wurden gelegentliche Wutausbrüche und soziale und agoraphobische Ängste sowie eine leichte Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörung erwähnt. Bei Austritt habe sich der Beschwerdeführer in stabilisiertem Zustand und aufgehellter Stimmung gezeigt, jedoch mit nach wie vor bestehendem Gefühl von Erschöpfung. Zudem bestehe immer noch ein sehr grosser Leistungsdruck aufgrund der hohen sozialen Ängstlichkeit. Hinsichtlich der Impulsivität beschreibe sich der Beschwerdeführer bei Austritt als gelassener und ruhiger. Er verfüge nun über Strategien, um hohe Anspannung bei sich zu regulieren (vgl. Arztberichte vom 27. Mai 2016 [Urk. 11/108], vom 4. Juli 2016

[Urk. 11/111]). Die Weiterbehandlung erfolgte teilstationär durch das O.\_\_\_\_ der N.\_\_\_\_ in P.\_\_\_\_. Im Verlaufsbericht des dort behandelnden Psychiaters wurde die Stabilisierung bestätigt. Weiterhin würden jedoch deutliche psychopathologische Auffälligkeiten im Sinne einer verminderten ADHS-Symptomatik sowie einer noch leichten bis mittelschweren depressiven Episode bestehen. Insgesamt sei die Prognose hinsichtlich einer Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt eher kritisch zu sehen. Hintergrund sei, dass beim Beschwerdeführer eine psychiatrische Multimorbidität mit depressiven Episoden, ADHS und Ängsten sowie fraglich auch eine Persönlichkeitsstörung bestehe. Der behandelnde Psychiater erachtete eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen nicht mehr möglich (vgl. Arztbericht vom 19. Juni 2017, Urk. 11/147). Seit dem 19. Oktober 2017 befand sich der Beschwerdeführer erneut in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der D.\_\_\_\_ (vgl. Arztbericht vom 21. Dezember 2017 [Eingangsdatum], Urk. 11/156).

Aufgrund der rezidivierenden depressiven Episoden sei - so Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, - von einer verminderten Belastbarkeit sowie erheblichen Umstellungsschwierigkeiten auszu gehen. Die Einschränkungen infolge der Alkoholabhängigkeit seien davon abhängig, ob es dem Beschwerdeführer gelinge, die Abstinenz aufrecht zu erhalten. Angaben zur aktuellen Arbeitsfähigkeit könne er keine machen. Durch die Fortführung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung könne jedoch eine Verbesserung erreicht werden.

#### **E. 4.5**

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin fand im September 2018 eine polydisziplinäre (internistische, orthopädische und psychiatrische) Begutachtung statt, über welche am 10. Oktober 2018 berichtet wurde (Urk. 11/177).

##### **E. 4.5.1**

Im internistischen Teilgutachten wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsfähig. Die grenzwertige Hypertonie/Tachykardie habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und könne mit dem Ritalinkonsum zusammenhängen. Die Laboruntersuchung zeige einen deutlich über der «Norm» liegenden Spiegel der Ritalinsäure (Urk. 11/177/21-23).

##### **E. 4.5.2**

Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seinem Teilgutachten eine geringe Funktions einschränkung des rechten Hüftgelenks bei einliegender Hüfttotalendoprothese fest ( Urk. 11/177/35) . In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Heizungsbauer bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Leichte bis mittelschwere, teilweise sitzende (mindestens 40 %) Tätigkeiten, ohne Gehen auf unebenem Gelände, ohne häufiges Hinknien und in die Hocke gehen, ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg und ohne häufiges Treppen- und Leiternsteigen, seien dem Beschwerdeführer seit Dezember 2015 ohne Einschränkungen in einem 100%-Pensum zumutbar. Die Neigung zu Wirbelsäulenbeschwerden ohne Nervenwurzelreizerscheinungen bei passagerer Wirbelblockierung D3/4 habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Diese könne aus orthopädischer Sicht durch medizinische Massnahmen nicht mehr relevant verbessert werden (Urk. 11/177/38-40) .

### **E. 4.5.3**

Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung konstatierte med. pract.

S.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nach kritischer Würdigung der ärztlichen Berichte sei unter objektiven Gesichtspunkten, der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers und der im Rahmen der Begutachtung erhobenen Befunde davon auszugeben, dass es im Jahre 2011 vor dem Hintergrund einer starken Beanspruchung am damaligen Arbeitsplatz nachvollziehbarerweise zu einer depressiven Entwicklung maximal mittelgradigen Ausmasses mit einhergehenden Angst- und Paniksymptomen gekommen sein dürfte, mit einer ab Mai 2013 überwiegend wahrscheinlich nur noch leichten Symptomprägung und einer überwiegend wahrscheinlichen Symptomremission bis zum Dezember 2013. Weitere depressive Phasen würden anamnestisch und in den Berichten nicht nachvollziehbar beschrieben werden. Deutlich werde aber auch, dass es unter Zugrundelegung der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers mit dem Beginn der depressiven Symptomatik zu einer überwiegend wahrscheinlich sekundären Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit gekommen sei mit vorbestehendem ausgeprägtem Craving, auch nach dem Austritt aus der Entwöhnungsbehandlung im Mai 2013 und wiederholten mehr oder minder ausgeprägten Rückfällen bis zum April 2016, wobei die Dauer der Rückfälle zeitlich unklar bleibe. Rückfälle würden im Zusammenhang mit einer ehelichen Konfliktsituation und eskalierenden Auseinandersetzungen zwischen den Eheleuten beschrieben werden. In diesem Zusammenhang beschreibe der Beschwerdeführer auch Einschränkungen der Impulskontrolle. Möglicherweise bestehe beim Beschwerdeführer auch ein ADHS mit in zwischen guten Copingstrategien. Gegen eine aktuell namhafte depressive Symptomatik spreche auch ein zwischenzeitliches Sistieren der antidepressiven Medikation, der in der Gegenwart übertragbare namhafte Leidensdruck, die guten Fähigkeiten zur Alltagsstrukturierung sowie die hier erhobenen Untersuchungsbefunde. Zusammenfassend dürfte ab dem Jahre 2013 die Suchtproblematik im Vordergrund des klinischen Bildes gestanden haben und Auslöser sämtlicher beschriebener Einschränkungen gewesen sein ( Urk. 11/177/73

f.) . Vor diesem Hintergrund konstatierte med. pract. S.\_\_\_\_, aktuell sei keine psychische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr feststellbar . Insbesondere seien auch keine mnestic und kognitiven Einschränkungen, wie mehrfach postuliert, aber schlussendlich nie ausreicht begründet, nachzu vollziehen. Die subjektiv beklagten Symptome des Beschwerdeführers seien nicht objektivierbar und am ehesten einer Aggravation zuzuschreiben ( Urk. 11/177/76). Ohne Auswirkungen auf die

Arbeitsfähigkeit seien die Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinenz (ICD-10: F10.2), das möglicherweise vorhandene ADHS in der Kindheit mit guten Copingstrategien (ICD-10: F90.0), die Legasthenie sowie die depressive Episode (2011 bis Dezember 2013) zu erwähnen (Urk. 11/177/75).

#### **E. 4.6**

Im Rahmen des Einwandverfahrens nahmen die behandelnden Ärzte der D.\_\_\_\_ am 25. Januar 2019 (Urk. 11/185) Stellung und äusserten, im Zusammenhang mit der rezidivierenden depressiven Störung leide der Beschwerdeführer insbesondere unter chronischer Erschöpfung, reduziertem Antrieb und Schlafstörungen. Dadurch zeige sich eine deutliche Funktionseinschränkung für sämtliche Tätigkeiten im Alltag. Der Beschwerdeführer benötige einen stark erhöhten Energieaufwand, was zu chronischer Erschöpfung und Überforderung führe. Es sei von einer Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 50 % auszugehen. Arbeiten, die körperlich wenig anstrengend seien und seinen kognitiven Voraussetzungen entsprechen und wenig Leistungs- und Zeitdruck beinhalten würden, könne er an mehreren Tagen die Woche für ca. vier Stunden ausüben. Eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 30-50 % hielt auch der behandelnde Psychiater des O.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_, in seiner Stellungnahme vom 15. Januar 2019 (Urk. 11/188) fest. Es würden nach wie vor nachweisbare Einschränkungen in der Konzentration und Aufmerksamkeit, den Gedächtnisleistungen, sowie Auffälligkeiten im Bereich des formalen Denkens bestehen. Die Symptome hätten zwar an Intensität und Häufigkeit verloren, würden aber nach wie vor - trotz Alkoholabstinenz - fortbestehen, sodass die Kriterien einer Remission nicht vorliegen würden. Im Rahmen einer neuropsychologischen Untersuchung im Mai 2019 im O.\_\_\_\_ in P.\_\_\_\_

wurde ausserdem festgehalten, sowohl der langjährige Alkoholkonsum bzw. die depressive Symptomatik könnten einen negativ verstärkenden Einfluss auf das kognitive Leistungsprofil haben, Ritalin hingegen habe

eher einen konzentrationssteigernden Effekt. Die Bedeutung der Medikation könne als gering angesehen werden. Auch unter der Medikation mit Ritalin würden Aufmerksamkeitsdefizite bestehen. Insgesamt seien die neuropsychologischen Defizite unter Medikation als mindestens leicht einzustufen, womit ein Grad der Arbeitsunfähigkeit von mindestens 10-30 % vorliege (vgl. Arztbericht vom 11. Juni 2019, Urk. 14/1) . 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2019 (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Medas-Gutachten vom 10. Oktober 2018 (vgl. vorstehend E. 4.5; Urk. 11/177) und ging im Rahmen der Rentenaufhebung davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt seit Dezember 2015 vollständig zumutbar sei. 5.2

Das polydisziplinäre Gutachten vom 10. Oktober 2018 wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten (vgl. Urk. 11/177/13-16, Urk. 11/177/ 27

f., Urk. 11/177/ 46-54) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte Befunde erhoben (vgl. Urk. 11/177/ 20f., Urk. 11/177/ 32-35, Urk. 11/177/ 61-63), die geklagten Beschwerden berücksichtigt (vgl. Urk. 11/177/ 16, Urk. 11/177/ 29, Urk. 11/177/ 55-57) und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt (vgl. Urk. 11/177/ 21

f., Urk. 11/177/ 36-38, Urk. 11/177/ 75- 78 ) und insbesondere auch die medizinischen Vorakten kritisch gewürdigt (Urk. 11/177/ 67- 73 ) und sich einlässlich mit der vor wiegend relevanten Frage einer Veränderung des Leidens auseinandergesetzt (Urk. 11/177/ 5, Urk. 11/177/ 80 ) . Das Gutachten erfüllt demnach die recht spre chungs gemässen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Ent schei dungs grund lage (vgl. E. 1. 4 ).

### 5.3

Es steht aufgrund der Akten fest, dass insbesondere eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.1) sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01) und eine Soziophobie (ICD-10: F40.1) zur Zuspra che eine r ganze n Rente (Verfügung vom 27. Oktober 2014; Urk. 11/76) führten (vgl. E. 3.5 hiervor) .

Im Rahmen der Rentenrevision stellte der Medas-Gutachter med. pract .

S.\_\_\_\_ keine psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (mehr) fest. Die rezidivierende depressive Störung sei seit Dezember 2013 remittiert. Der psy chia trische Gutachter hielt bis auf einen initial unterschwellig gereizten, dann aber situationsadäquaten Affekt und anklingendes Insuffizienzerleben einen regel rechten psychiatrischen Befund fest ( Urk. 11/177/62f.). Symptome einer depres siven Störung (tiefe Traurigkeit, Interessenlosigkeit, Antriebslosigkeit) seien nicht evi dent ( Urk. 11/177/66) und ein namhafter Leidensdruck sei nicht spürbar (Urk. 11/177/74) .

Im Austrittsbericht aus dem B.\_\_\_\_ wurde eine Remission der depressiven Episode festgehalten (vgl. E. 4.3). Entspre chend wurde die Medikation reduziert (vgl. Urk. 11/105 S. 3f.). Zufolge psycho sozialer Belastung wurde im Bericht des M.\_\_\_\_ die rezidivierende depressive Stö rung zwar wieder als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt, eine Intensivierung der medikamentösen oder anderen Behandlung ist aber nicht ersichtlich (vgl. Urk. 11/107). Im Übrigen verwiesen d ie behandelnden Ärzte in Bezug auf die depressive Episode in erster Linie auf die dauernde Erschöpfung und die verminderte Kon zen t ra tions fähigkeit des Beschwerdeführers (vgl. E. 4.6). Die vom Beschwerde führer geklagte (vgl. Urk. 11/177/59) und von den behan delnden Ärzten erwähnte Müdigkeit, Vergesslichkeit und verminderte Konzen t ra tions fähigkeit wurde wäh rend der Exploration jedoch nicht beobachtet. Viel mehr äusserte der psychia trische Gutachter, dass der Beschwerde führer in der Lage war, während der drei stündigen Begutachtung die Fragen folge richtig zu beantworten. Insbe sondere habe er auch gut über das von ihm vertriebene und eingebaute Heizungssystem berichten sowie die dazu gestellten Fragen beantwor ten können (vgl. Urk. 11/177/66). Gegen eine Einschränkung der Konzentrations fähigkeit und Ver gess lichkeit spricht auch die Tatsache, dass der Beschwerdefüh rer - laut eige nen Angaben - beim Führen seines Fahrzeuges keinerlei Schwierig keiten habe (vgl. Urk. 11/177/60). Die in den Berichten der behandelnden Ärzte mehr fach erwähnte anterograd-amnestische Störung (vgl. E. 3.4, E. 4.3) ist ange sichts dessen, dass Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ angaben, die Gedächtnisschwäche sei hauptsächlich äthyltoxisch bedingt (vgl. E. 3.4), nicht nachvollziehbar. Im Übrigen lässt auch die Tatsache, dass die im Rahmen der Entwöhnungstherapie in der N.\_\_\_\_ festgestellte leichte Merk fähig keits- und Gedächtnisschwäche, die bei Austritt nicht mehr objektivierbar war resp. nicht mehr festgehalten w urde (vgl. E. 4.4), darauf schliessen, dass die Gedächtnis schwäche mit dem Alkohol miss brauch des Beschwerdeführers zusam men hängt. An haltspunkte für einen aktuell fortgesetzten Alkohol konsum würden sich aktuell aber weder anamnestisch noch laborchemisch ergeben. Auch ein darüberhinausgehender Substanzkonsum sei nicht

nachweisbar (vgl. Urk. 11/177/66). Schliesslich sprechen auch die Berufs anamnese des Beschwerdeführers ( trotz angegebener Legasthenie erfolgreicher Lehrabschluss, Erwerbstätigkeit vorwiegend im Baugewerbe mit Qualifikationen zum Vorarbeiter, Polier und Hilfsbauführer , Selbständigkeit im Bereich von Heizungssystemen; vgl. Urk. 11/177/75) sowie die Feststellungen im Schlussbericht der Arbeitsintegration vom 12. März 2014 , wo nach der Beschwerde führer genau, konzentriert und ausdauernd arbeitet und in der Lage ist, gute Arbeitsleistungen in guter Qualität zu erbringen (vgl. Urk. 11/41), gegen ein Vorliegen einer wesentlichen mnesticen oder kognitiven Störung . Diesbezüglich hielt der psychiatrische Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer trotz möglicherweise vorhandenem ADHS gute Copingstrategien entwickeln konnte (vgl. Urk. 11/177/74) . Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer über keine interaktionellen Probleme an den jeweiligen Arbeitsstellen mit Mitarbeitern und Untergebenen berichtete und impulsiven Handlungen erst im Zusammenhang mit ehelichen Auseinandersetzungen und dem Alkoholkonsum beschrieb (vgl. Urk. 11/177/76), ist die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters, dass die beschriebenen Impulskontrollstörungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge des Alkoholkonsums und der alkoholimmanenten Enthemmungsphänomene einzuordnen und - entgegen der Einschätzung der behandelnden Ärzte, die von einer Persönlichkeitsstörung ausgingen (vgl. E. 4.4) - nicht als eigenständige Störung zu qualifizieren sind, nachvollziehbar. Der gut strukturierte Tagesablauf des Beschwerdeführers lässt ferner auch keine wesentlichen Einschränkungen im Lebensvollzug erkennen. So ist der Beschwerdeführer in der Lage, sich zu pflegen und sein Essen zuzubereiten, die Arbeiten im Haushalt zu erledigen, Einkäufe zu tätigen, Termine (Therapie) wahrzunehmen, Freunde zu treffen sowie seinen Eltern zu helfen, indem er sie zu ihren Ärzten fährt oder Besorgungen für sie erledigt. Schliesslich verbringt er auch gerne Zeit mit seinem Sohn und geht mit diesem zum Fussball (vgl. Urk. 11/177/60) . Was die vom Beschwerdeführer postulierten Ängste, insbesondere in Menschenansammlungen, welche intermittierend zum Beispiel beim Nutzen von Trolleybusse auftreten würden (vgl. Urk. 11/177/62), betrifft, stehen diese im Widerspruch zu seinen Angaben, mit seinem Sohn an Fussballaktivitäten teilzunehmen, wo er auch andere Leute kennenlerne (vgl. Urk. 11/177/60). Ausser dem sah med. pract. S. \_\_\_ keinen Anhalt für Phobien oder Panikattacken (vgl. Urk. 11/177/62) , und schliesslich geht auch aus dem Schlussbericht der Arbeitsintegration hervor, dass die Angstzustände des Beschwerdeführers den Arbeitsinsatz nicht massgeblich störten (vgl. Urk. 11/41). Insgesamt ergab die ausführliche psychiatrische Untersuchung keine Anhaltspunkte für allfällige psychische Einschränkungen.

Vor diesem Hintergrund ist es plausibel, dass der psychiatrische Gutachter diesbezüglich keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (mehr) festhielt. Daran vermag auch die festgestellte Legasthenie nichts zu ändern. 5.4

Aus somatischer Sicht hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers insofern verändert, als dass sich der Beschwerdeführer im Mai 2015 ein künstliches Hüftgelenk auf der rechten Seite hat implantieren lassen müssen. Der Heilverlauf gestaltete sich jedoch komplikationslos und es konnte unter Physiotherapie schnell eine sehr gute Beweglichkeit und eine volle Belastbarkeit erreicht werden (vgl. E. 4.2). Im Rahmen der orthopädischen Exploration konnte festgestellt werden, dass die Muskulatur der unteren Extremitäten seitengleich ausgebildet war (vgl. Urk. 11/177/35) , womit ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer das rechte Bein trotz Hüftprothese offensichtlich im Alltag nicht schont.

Der behandelnde Arzt des L.\_\_\_\_ erachtete den Beschwerdeführer unter Berücksichtigung des Belastungsprofils (nicht knien, nicht auf Leitern und Gerüste klettern, kein Tragen von Lasten über 25 kg) als 100 % arbeitsfähig (vgl. Verlaufsbericht vom 18. April 2018, Urk. 11/165). An dieser orthopädischen Beurteilung ändern auch die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Arztberichte von Prof. Dr. med. T.\_\_\_\_, Spezialist für Traumatologie, Wirbelsäulen-, Becken- und Hüftchirurgie vom

1. Juli 2019 (Urk. 16) und 18. November 2019 (Urk. 21) nichts, denn darin wird dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit, die eher im Sitzen ausgeführt werden kann, - auch unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer geklagten Rücken-, Nacken-, Fuss-, Knie- und Leisten schmerzen und nach durchgeführter Fazettengelenksinfiltration L5/S1 - ebenfalls zugemutet. Aus dem orthopädischen Gutachten ergibt sich ausserdem, dass sich der Beschwerdeführer primär aufgrund seiner Psyche zu einer beruflichen Tätigkeit nicht mehr in der Lage sah (vgl. Urk. 11/177/30). 5.5

Eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im Sinne eines Revisionsgrundes nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist aufgrund der vorliegenden Akten entsprechend ausgewiesen. Die Medas-Gutachter gingen medizinisch-theoretisch ab Dezember 2015 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus (Urk. 11/177/7; E. 4.5.3), worauf abzustellen ist. 6.6.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die

## **E. 8**

die Aufhebung der Invalidenrente in Aussicht (Urk. 11/180). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 30. November und 12. Dezember 2018 (Urk. 11/181, Urk. 11/183) sowie ergänzend am 28. Januar 2019 (Urk. 11/190) Einwand und legte weitere Arztberichte ins Recht (Urk. 11/185, Urk. 11/188-189). Mit Verfügung vom 25. Februar 2019 hob die IV-Stelle wie vorbeschrieben die bisherige ganze Invalidenrente per Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (Urk. 11/192 = Urk. 2/1). 2.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 3. Mai 2019 unter Beilage diverser Arztberichte (Urk. 3/6-9) Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung vom 25. Februar 2019 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventuell sei ein polydisziplinäres Gutachten anzuordnen und die Sache zur Klärung des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen. Subeventuell seien ihm berufliche Massnahmen, Umschulung, zu gewähren. In prozessualer Hinsicht beantragte er, es sei ihm die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung zu gewähren, was er mit Eingaben vom 10. und 26. Mai 2019 (Urk. 5, Urk. 8) substantiierte (Urk. 6/1-14, Urk. 9). Ferner sei ihm eine Nachfrist zur Ergänzung der Beschwerde anzusetzen (Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 12. Juni 2019 (Urk. 10) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 19. Juni 2019 wurde dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt sowie die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung bewilligt (Urk. 12). Gleichzeitig wurde dem Beschwerdeführer mitgeteilt, dass ein weiterer Schriftenwechsel als nicht erforderlich erachtet werde. Mit Eingaben vom 18. Juni 2019 (Urk. 13), 19. Juli 2019 (Urk. 15), 28. November 2019 (Urk. 20) legte der Beschwerdeführer diverse Arztberichte ins Recht (Urk. 14/1-2, Urk. 16, Urk. 21), was der Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom 28. Februar 2020 zur Kenntnis gebracht wurde. 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 10**

0%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.  
6.2

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 ausgleichender Arbeitsmarktlage 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, 128 V 29 E. 1). 6.3

Der in der angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2019 (Urk. 2/1) dargelegte Einkommensvergleich wurde vom Beschwerdeführer nicht beanstandet, und der von der Beschwerdegegnerin für die massgebliche Periode errechnete Invaliditätsgrad erscheint angemessen. Es ist darauf abzustellen und von einem Invaliditätsgrad in der Höhe von 27% auszugehen. Damit wurde der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (vgl. vorstehend E. 1.2) zu Recht eingestellt. Ferner ist festzustellen, dass zur Ausübung der dem Beschwerdeführer offen stehenden Hilfstätigkeiten keine Umschulungsmassnahmen notwendig sind.

Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. 7.

### 7.1

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

1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem

unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.2

Da Rechtsanwältin Fiona Carol Forrer keine Honorarnote eingereicht hat, ist deren Entschädigung ermessensweise ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses festzulegen. Mit Blick auf den notwendigen Aufwand und vergleichbare Fälle ist die aus der Gerichtskasse zu zahlende Entschädigung bei einem gerichtsüblichen Stundenansatz von Fr. 220.-- ermessensweise auf insgesamt Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWS) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Fiona Carol Forrer, Zürich, wird mit Fr. 2'200.-- (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: - Rechtsanwältin Fiona Carol Forrer - 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Hurst Stadler

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