

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00266 vom 4. Januar 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-01-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00266](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00266)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00266 du 4 janvier 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00266 del 4 gennaio 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Invaliderität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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). 1.

### **E. 1.3**

Die Begutachtung beim

B. \_\_\_ konnte am 18. Juli sowie am 2. und 4. August 2019 durchgeführt werden

und das polydisziplinäre Gutachten wurde am 5. November 2019 erstattet (Urk. 11/229).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 11/242; Urk. 11/245) hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. März 2021 die bisherige halbe Rente des Versicherten per Ende des der Zu stellung folgenden Monats auf (Urk. 11/248 = Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 23. April 2021 Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. März 2021 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und ihm sei die bisherige Rente weiterhin auszurichten (Urk. 1 S. 2 oben). In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2021 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 9. Juli 2021 zur Kenntnis gebracht (Urk. 12). Gleichzeitig wurde festgehalten, dass über den Antrag auf unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Rechtsvertretung zu einem späteren Zeitpunkt entschieden werde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 1.5**

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 das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74ter lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt 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). 1.

### **E. 3**

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). 1.

### **E. 3.1**

) -

(weiterhin) von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausging, vermag dies das A.\_\_\_\_ - Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. So stellte Dr. D.\_\_\_\_ im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ab und nannte kaum konkrete Einschränkungen bei einer Arbeitstätigkeit (vgl. beispielsweise Urk. 11/96 Ziff. 1.7), begründete mithin die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht näher. Des Weiteren ist zu beachten, dass zwischen Dr. D.\_\_\_\_ und dem Beschwerdeführer eine vergleichbare Vertrauenskonstellation besteht wie zwischen dem Hausarzt und seinem Patienten (vgl. vorstehend E. 1.7). 6. 4

Auch das polydisziplinäre Gutachten der Ärzte des B.\_\_\_\_ vom 15. November 2019 erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte im Sinne der Rechtsprechung (vgl. E. 1.6). Es setzt sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander und berücksichtigt insbesondere auch sämtliche in der Zwischenzeit angefallenen ärztlichen Untersuchungsberichte.

Der Beschwerdeführer kritisierte, dass im Rahmen der Begutachtung beim B.\_\_\_\_ keine Untersuchung durch einen Facharzt für Gastroenterologie erfolgte (vgl. vorstehend E. 2.3).

Aus gastroenterologischer Sicht lagen im Zeitpunkt der Begutachtung insbesondere der aktuellste Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom Februar 2016 sowie

der Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom März 2018 vor. Nachdem Dr. F.\_\_\_\_ im Februar 2016 wieder über eine weitgehende Normalisierung der Stuhlgewohnheiten berichtet und keine Befunde festgestellt hatte, welche eine Invalidität rechtfertigen würden (vgl. vorstehend E. 5.6), hielt der neu behandelnde Gastroenterologe Dr. I.\_\_\_\_ im März 2018 fest, dass keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Er verwies auf eine Koloskopie vom November 2017, welche eine Pancolitis

ulcerosa gezeigt habe, nannte ansonsten jedoch weder Befunde noch Einschränkungen und begründete die von ihm attestierte volle Arbeitsunfähigkeit nicht (vgl. vorstehend E. 5.9).

Demnach bestanden anlässlich der Begutachtung keine Hinweise auf eine wesentliche Veränderung aus gastroenterologischer Sicht.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine Untersuchung durch einen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin als ausreichend, zumal keine Hinweise bestehen, dass der internistische Gutachter den Beizug eines Gastroenterologen für erforderlich oder angezeigt gehalten hätte. Zu bemerken bleibt, dass der Beschwerdeführer

im Vorfeld der Begutachtung keine Einwände gegen die vorgesehenen Disziplinen erhoben hatte.

Soweit dem B.\_\_\_\_ - Gutachten die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_ gegenüberstehen, kann auf die entsprechenden Ausführungen unter der vorstehenden Erwägung 6.3 verwiesen werden. Ausser dem ist zu bemerken, dass gestützt auf die von Dr. D.\_\_\_\_ erhobenen Befunde ebenfalls von einer Remission der depressiven Symptome auszugehen ist. Im Gutachten der Ärzte des B.\_\_\_\_ wurde festgehalten, dass der von Dr. D.\_\_\_\_ erhobene psychopathologische Befund und die Schwere der darin aufgezeigten Einschränkung nicht nachvollziehbar seien. Aufgrund dieses erhobenen Befundes sei maximal von einer Belastungsstörung, vielleicht höchstens von einer leichten Depression auszugehen, so dass insgesamt von einer deutlichen Befundbesserung gesprochen werden könne (vgl. vorstehend E. 5.12).

Soweit der Beschwerdeführer eine

Verletzung von Verfahrensrechten geltend machte (vgl. vorstehend E. 2.3), ist auf das Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 21. Mai 2019 (Urk. 11/213) zu verweisen, wonach aus den vom Beschwerdeführer angeforderten Informationen über die Begutachtungspraxis der Medas

B.\_\_\_\_ nicht eine Befangenheit der einzelnen dort tätigen Gutachter abgeleitet werden kann, und ein Ausstandsbegehren gegen die Institution B.\_\_\_\_ als solche von vornherein ausgeschlossen

ist.

Somit vermögen die Einwendungen des Beschwerdeführers das Gutachten der Ärzte des B.\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen und es kann darauf abgestellt werden. Dieses stimmt denn im Wesentlichen auch mit dem fünf Jahre älteren Gutachten der Ärzte des A.\_\_\_\_ überein.

### **E. 3.2**

Dr. med.

C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte mit Stellungnahme vom 10. Dezember 2007 (Urk. 11/35) aus, dass bei gewissen Patienten trotz einer Colitis ulcerosa bei Anpassung der Umgebung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeiten erreicht werden könne. Beim Beschwerdeführer kämen aber zusätzlich noch Beschwerden als Folge der Therapie mit Cortison in Form einer Osteoporose mit konsekutiven Schmerzen und eine psychische Belastung, hervorgerufen durch die Krankheit, hinzu. Unter idealen Bedingungen sei es ihm wohl möglich, etwas mehr als 50 % zu arbeiten, auf keinen Fall aber 100 %.

### **E. 3.3**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 12. Juni 2008 (Urk. 11/46/8-13) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - posttraumatische Belastungsstörung - narzisstische Persönlichkeitsstörung - gegenwärtig mittelgradige depressive Episode

Der Beschwerdeführer erkläre, dass er wegen seiner Darmerkrankung keine Arbeit durchgehend ausüben könne, da er immer wieder unterbrechen müsse, um eine Toilette aufzusuchen. Auch müsse er immer wieder an die schrecklichen Erlebnisse in E.\_\_\_\_ denken; er könne nicht abschalten (Ziff. 3.4). Dr. D.\_\_\_\_ hielt fest, dass der Beschwerdeführer vor dem Hintergrund erlittener posttraumatischer Belastungsstörungen rezidivierend an Flashbacks leide, gekennzeichnet von unkontrolliertem Wiedererleben der traumatischen Situationen in Form von Bildern, Gedanken, unmittelbaren Wahrnehmungen und Alpträumen (Ziff. 3.5). Ebenso bestünden Isolation, Interessenverlust und ein erhöhtes Erregungsniveau, das sich in Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen, Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit ausdrücke. Klinisch zeige sich eine auffällige Komorbidität (Depression, Angst, Somatisierung, Dissoziation; S. 7 Ergänzung zu Ziff. 3.5). Theoretisch bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte Tätigkeit (Ziff. 4.2).

### **E. 3.4**

Das Gutachten der Ärzte der Y.\_\_\_\_, Universitätsspital Z.\_\_\_\_, vom 17. Juni 2009 (Urk. 11/53) basiert auf einer internistischen, einer rheumatologischen und einer psychiatrischen Untersuchung, einer gastroenterologischen Fallbesprechung so wie den vorhandenen Akten (vgl. S. 2). Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22 f. Ziff.

### **E. 4**

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 Zuweisung 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 141V 9 E. 2.3, 134 V

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). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

#### **E. 4.1**

Im Rahmen des im April 2011 eingeleiteten Revisionsverfahrens wurden folgende Berichte eingeholt:

#### **E. 4.2**

Dr. D.\_\_\_\_ nannte im Bericht vom 24. Mai 2011

(Urk. 11/96/7-11) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):  
- mittelgradige depressive Episode - Verdacht auf unverarbeitete posttraumatische Belastungsstörung - andauernde Persönlichkeitsänderung nach extremer Belastung (massive psychosoziale familiäre Belastungssituation)

Der Beschwerdeführer habe als Folge seiner andauernden Gefangenschaft in E.\_\_\_\_ mit unmittelbarer Todesgefahr psychische Auffälligkeiten entwickelt, gekennzeichnend von Alpträumen, ständig wiederkehrenden, sich aufdrängenden Erinnerungen an das Ereignis. Es bestünde ein Gefühl der Freudlosigkeit, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, Unfähigkeit zur Entspannung sowie quälende Ängste und Depression (Ziff. 1.4). Es liege eine leichte bis mittelschwere depressive Episode mit vitalen Einschränkungen vor, vor allem im sozialen Leben mit hohem Leidensdruck. Dem Beschwerdeführer sei aufgrund der genannten Störungen aktuell nur eine leichte 50%ige Arbeit zumutbar (Ziff. 1.7).

#### **E. 4.3**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Gastroenterologie, führte im Bericht vom 17. Juni 2011 (Urk. 11/97) aus, dass die Colitis unter der immunmodulierenden Therapie gut behandelt sei. Die letzte Kontrolle mittels Koloskopie vom 18. Mai 2010 habe endoskopisch unauffällige Schleimhautverhältnisse gezeigt, die entnommenen Biopsien eine geringe, chronische, kaum aktive Entzündung entsprechend einer Remission. Zusätzlich lägen beim Beschwerdeführer Reizdarmbeschwerden vor mit Absetzen von eher weichem Stuhl mit zwei bis maximal vier Entleerungen täglich, vermehrt Meteorismus. Aufgrund des sehr erfreulichen und günstigen Verlaufes mit sich in Remission befindlicher Colitis ulcerosa seit bald drei Jahren gebe es beim Beschwerdeführer aus gastroenterologischer Sicht keinen Grund für eine Arbeitsunfähigkeit.

#### **E. 4.4**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, hielt mit Stellungnahme vom 21. September 2011 (Urk. 11/98/2) fest,

dass sich der Beschwerdeführer weiterhin in psychiatrischer Behandlung befinde. Bezüglich der Restarbeitsfähigkeit habe sich seit der letzten Rentenverfügung aus psychiatrischer Sicht nichts verändert (weiterhin 50%ige Arbeitsunfähigkeit).

Auch bezüglich der gastroenterologischen Behandlung habe der Beschwerdeführer die auferlegte Schadenminderungspflicht erfüllt. Aus somatischer Sicht ergebe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Insgesamt habe die bisherige Restarbeitsfähigkeit jedoch nicht über 50 % gesteigert werden können.

Entsprechend wurde der Rentenanspruch als unverändert beurteilt (vgl. Mitteilung vom 6. Oktober 2011, Urk. 11/99). 5.5.1

Die seither ergangenen Berichte ergeben über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers folgendes Bild: 5.2

Dr. D.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 13. Februar 2013 zuhanden des damaligen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 11/104/1-2) fest, dass der Beschwerdeführer seit Jahren regelmässig in die ambulante psychiatrische Behandlung komme. Soweit objektiv feststellbar, sei er effektiv depressiv. Diagnostisch müsse von einer schwergradigen depressiven Episode mit chronischem Verlauf, einer anhaltenden, generalisierten Angststörung, schwerwiegenden unverarbeiteten posttraumatischen Belastungsstörungen und Ketten von somatischen Beschwerden (Darmerkrankung Colitis ulcerosa mit rezidivierenden Schüben sowie Osteoporose) gesprochen werden (S. 1 Mitte). Der psychopathologische Zustand des Beschwerdeführers habe sich trotz Anpassung und konsequenter Ausschöpfung der psychopharmakologischen Medikation sowie alternativer Therapieansätze nicht verändert (S. 1 unten). Derzeit seien keine beruflichen Massnahmen möglich. Dies lasse sich auch daran erkennen, dass der Beschwerdeführer selbst seine 50%ige berufliche Tätigkeit verloren habe (S. 2). 5.3

Dr. F.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 8. Mai 2013 zuhanden des damaligen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 11/104/3) aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2000 an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (Colitis ulcerosa) leide. Bei der Diagnosestellung sei damals der gesamte Dickdarm entzündet gewesen. In den letzten zwei Jahren sei es dem Beschwerdeführer diesbezüglich verhältnismässig gut gegangen, seit Monaten sei jedoch wieder eine Zunahme der Krankheitsaktivität zu beobachten, mit Verschlechterung der Gesamtsituation und wiederholten Durchfallerepisoden. Zusätzlich leide der Beschwerdeführer unter weiteren Beschwerden im Rahmen der Grundkrankheit mit Gelenkentzündungen im Bereich der Knie beidseits wie auch der Iliosacralgelenke beidseits. Dies sei sicher vereinbar mit einer Verschlechterung der Gesamtsituation über die letzten Jahre. 5.4

Das Gutachten der Ärzte des A.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2014 (Urk. 11/117) basiert auf einer allgemein internistischen, einer psychiatrischen, einer rheumatologischen und einer gastroenterologischen

Untersuchung sowie den vorhandenen Akten (vgl. S. 1 unten). Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19

Ziff. 5.1): - Colitis ulcerosa - sekundäre Osteoporose - Gelenkbeschwerden, möglicherweise als Folge der Colitis ulcerosa - chronisches thorako - und lumbovertebrales Schmerzsyndrom - beginnende Segmentdegeneration L4/5 - keine Hinweise für eine entzündliche Wirbelsäulenerkrankung - Osteoporose, wahrscheinlich multifaktoriell bedingt - ventrale Knieschmerzen beidseits, am ehesten bei beginnender femoro patellärer Arthrose - belastungsabhängige Knöchelschmerzen beidseits bei deutlichen Senkfüßen

Aus psychiatrischer Sicht wurde als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode mit posttraumatischen Symptomen genannt. Es bestünden lebensgeschichtliche und psychosoziale Faktoren, die eine deutliche Rolle spielten (S. 10 Mitte). Der Beschwerdeführer habe eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. So fühle er sich überhaupt nicht mehr arbeitsfähig, was er mit seinen somatischen und psychischen Beschwerden begründe, für die er sonst keine Ursache wisse (S. 10 unten). Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit könne auch im Verlauf nicht bestätigt werden (S. 11 Mitte). Auf die Beurteilung von Dr. D. \_\_\_ könne nicht abgestützt werden (S. 12 oben). Es bestünden zwar posttraumatische Symptome, die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne hier aber nicht gestellt werden (S. 11 unten). Sicher habe bei der angegebenen Verschlechterung keine schwere depressive Episode vorgelegen. Bei der Beurteilung durch Dr. D. \_\_\_ handle es sich um eine andere Beurteilung, als sie aufgrund der heutigen Untersuchung erfolgen müsse. Es bestünden depressive und posttraumatische Symptome, unter denen der Beschwerdeführer leide und die einen Krankheitswert hätten. Es sei jedoch nicht nachvollziehbar, weshalb ihm eine Erwerbstätigkeit nicht mehr zumutbar sein solle (S. 12 Mitte). Auf das Y. \_\_\_ -Gutachten könne nicht hinreichend abgestellt werden. Die damals aufgeführten psychopathologischen Befunde begründeten die Diagnose einer leichten depressiven Episode nach ICD-10 (S. 12 unten).

Der rheumatologische Gutachter führte aus, dass beim Beschwerdeführer seit mehreren Jahren ein subjektiv hochgradiges Schmerzsyndrom mit anamnestisch massiver Behinderung bestehe (S. 16 oben). Tätigkeiten mit starker körperlicher Belastung und starker Rückenbelastung seien nicht mehr zumutbar und Tätigkeiten mit mittelstarker körperlicher Belastung und mittelstarker Rückenbelastung nur noch mit einer Einschränkung um 60%. Für eine Tätigkeit mit nur leichter körperlicher Belastung und auch nur leichter Rückenbelastung sowie Möglichkeit zu Wechselpositionen und ohne monoton-repetitive Haltungen und Bewegungen sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 17 Mitte). Die fachärztlich-rheumatologische Beurteilung aus dem Jahr 2009 decke sich weitgehend mit der aktuellen Einschätzung (S. 17 unten).

Der gastroenterologische Facharzt hielt fest, dass seit dem Jahr 2000 eine Colitis ulcerosa bekannt sei, damals mit mässiggradiger Entzündungsaktivität. Der Beschwerdeführer habe in der Zwischenzeit immer wieder Episoden mit verstärkten Schüben gehabt, sei aber deswegen nie hospitalisiert gewesen (S. 18 Mitte). Unter Dauertherapie mit Azarek und Pentasa sei es ihm zumindest bis Anfang 2013 recht gut gegangen. Seither sei die Krankheit wieder vermehrt aktiv (S. 18 unten). Der Beschwerdeführer müsse intermittierend Steroide einnehmen, in der Folge sei wohl auch eine Osteoporose aufgetreten (S. 18 f.). Die aktuelle Therapie scheine nicht voll ausgeschöpft. Ob die geschilderte Symptomatik allein auf die

Colitis ulcerosa oder auf eine zusätzliche Reizdarmsymptomatik zurück zuführen sei, lasse sich nicht sicher sagen. Eine Arbeit als Chauffeur sei für ihn nicht ideal. In Frage komme eher eine ruhige, sitzende oder stehende Tätigkeit, welche er jederzeit unterbrechen könne, um eine Toilette aufzusuchen. Unter diesen Voraussetzungen bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um etwa 20 %. Die jetzige Situation bestehe seit eineinhalb Jahren (S. 19 oben).

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit der Möglichkeit, rasch eine Toilette aufzusuchen, zu 80 % arbeits- und leistungsfähig sei, dies in einem ganz täglichen Pensum verwertbar. Körperlich schwere und mittel schwere Tätigkeiten seien ihm nicht beziehungsweise nur selten zumutbar. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere und an dauernd mittelschwere Tätigkeiten mindestens seit der Begutachtung am Y.\_\_\_\_ im Juni 2009 bestehe. Wie im damaligen Gutachten könne auch heute noch von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit aus gastroenterologischer Sicht ausgegangen werden

(S. 21 oben). Psychiatrisch ergebe sich seit diesem Gutachten eine leichte

Verbesserung der Depression; es liege nur noch eine leichtgradige depressive Störung vor (S. 21 oben; S. 21 unten). Sicher bestehe die festgestellte Arbeitsfähigkeit seit dem Untersuchungsdatum im Mai 2014 (S. 21 oben). Aus gastroenterologischer Sicht sei der Verlauf der Colitis ulcerosa wechselnd gewesen, weshalb die Befunde nicht vollständig vergleichbar seien. Die früheren Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit schienen den angegebenen Befunden adäquat zu sein (S. 21 Mitte). 5.5

Der Gastroenterologe

Dr. F.\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 9. April 2015 zuhanden des damaligen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 11/142) aus, dass der gastroenterologische Gutachter des A.\_\_\_\_ aus den vorhandenen Akten eine sorgfältige und korrekte Analyse gemacht habe. Allerdings habe sich die Situation beim Beschwerdeführer gerade in diesen Monaten verschlechtert (S. 1 unten). Die Colitis ulcerosa könne von Patient zu Patient sehr unterschiedlich verlaufen. Die Krankheit könne sich über Jahre zum Teil relativ ruhig und stabil verhalten, es könne aber auch - wie beim Beschwerdeführer - im Verlauf aus unerklärten Gründen zu einem schweren Verlauf mit erhöhter Entzündungsaktivität und somit deutlicher Beeinträchtigung der Lebensqualität kommen (S. 2 Mitte). Die Krankheit habe sich seit der Begutachtung deutlich verändert und in eine aggressivere Form umgewandelt. Es sei nicht nur zu rezidivierend schweren Schüben gekommen, sondern der Beschwerdeführer spreche auf die modernsten zum Einsatz kommenden Medikamente bisher ungenügend oder inkomplett an. Im Gegensatz zur Situation im Mai 2014 sei in der jetzigen, schweren Schubsituation eine Arbeit, insbesondere als Chauffeur, nicht zumutbar (S. 2 unten; vgl. auch Bericht vom 20. März 2015 betreffend Koloskopie, Urk. 11/143). 5.6

Im Bericht vom 4. Februar 2016 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/152) gab Dr. F.\_\_\_\_ an, dass der Beschwerdeführer seit März 2015 mit Remicade behandelt werde. Darunter sei es zu einer weitgehenden Normalisierung der Stuhlgewohnheiten gekommen und über Abdominalkrämpfe klage er zurzeit kaum mehr. Klinisch sei die Colitis bei gutem Therapieansprechen auf Remicade zurzeit in Remission. Bei diesen sehr teuren, aber auch

gut wirkenden Medikamenten sei eine Infusionstherapie alle acht Wochen notwendig, damit eine gute Langzeitwirkung erzielt werde. Dies sei für den Therapieerfolg unabdingbar. Leider habe der Beschwerdeführer in den letzten Monaten mehrmals die vereinbarten Termine ohne Erklärung nicht wahrgenommen. Bereits mehrmals sei er aber in sein Heimatland gereist. Neben diesem Mangel an Compliance scheine er zudem die Basis-Medikamente auch nicht regelmässig einzunehmen. Aus gastroenterologischer Sicht ergäben sich aktuell keine Befunde, welche eine Invalidität rechtfertigten.

5.7

Dr. D.\_\_\_\_

hielt im Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 26. Mai 2016 (Urk. 11/163) fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert habe (Ziff. 1.1). Er nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - chronifizierte mittelgradige depressive Episode - mit generalisierter Angststörung - Rest unverarbeitete posttraumatische Belastungsstörung - andauernde Persönlichkeitsänderung nach extremer Belastung (massive psychosoziale familiäre Belastungssituation)

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, dass im Gegensatz zu früheren Untersuchungen sowohl im psychischen wie im somatischen Bereich eine Verschlechterung vorliege. Aus psychiatrischer Sicht wirke der Beschwerdeführer zeitweilig agitiert, dann wieder verzweifelt. Eine hochgradige Niedergeschlagenheit und eine erhebliche Störung der Vitalgefühle stünden ganz im Vordergrund und prägten die damit im engen Zusammenhang stehenden Gefühle eines praktisch aufgehobenen Selbstvertrauens, des Gefangenseins in einem sinnlosen Leben, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Passivität und schwere Antriebslosigkeit. Der soziale Abstieg und die Sistierung seiner IV-Rente nach Jahren, die berufliche Ausweglosigkeit und zunehmende Vereinsamung führten nachvollziehbar zu Depressionen, die sich bis zu Suizidalität steigerten. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dauere nun seit Jahren und führe zu keiner wahrnehmbaren Besserung

(Ziff. 1.3). 5.8

Die Ärzte des Universitätsspitals H.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, führten im Bericht vom 8. Juli 2016 (Urk. 11/165/5-7) aus, dass die bisherige Tätigkeit als Chauffeur aktuell aufgrund der Schmerzen, Beinschwäche sowie progredienter Diarrhoe im Rahmen der bekannten Grunderkrankung nicht ausgeübt werden könne (S. 2 oben).

Im Bericht vom 15. August 2016 (Urk. 11/169) nannten die Ärzte des Universitätsspitals H.\_\_\_\_

folgende Hauptdiagnosen (S. 1): - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits - Knick-Senkfuss beidseits - Verdacht auf Steroidmyopathie betont Oberschenkelmuskulatur beidseits - Colitis ulcerosa (Erstdiagnose 2000) - Osteoporose und Vitamin D-Mangel mit sekundärem Hyperparathyroidismus

Der Beschwerdeführer sei zur Beurteilung einer möglichen Colitis ulcerosa-assoziierten Arthritis zugewiesen worden (S. 3 unten). Bei laborchemisch fehlenden Entzündungswerten würden die Beschwerden als aktuell mechanischer Genese interpretiert. Es werde empfohlen, die Steroiddosis möglichst gering zu halten und ein Aufbautraining zu beginnen (S. 4 oben). 5.9

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, führte im Bericht vom 12. März 2018 (Urk. 11/180) aus, dass der Beschwerdeführer seit 2017 bei ihm in Behandlung stehe (Ziff. 1.1), wobei ein bis zwei Kontrollen pro Monat erfolgten (Ziff. 1.2). Eine Koloskopie im November 2017 habe eine Pancolitis ulcerosa gezeigt (Ziff. 2.4).

Es bestehe eine Invalidisierung durch die Colitis (Ziff. 3.4). Der Verlauf sei sehr wechselhaft (Ziff. 2.2). Eine Arbeitsfähigkeit sei nicht gegeben (Ziff. 2.7), eine Eingliederung kaum mehr möglich (Ziff. 4.3). 5.10

Dr. D.\_\_\_\_

nante im Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 22. März 2018 (Urk. 11/182/7-12) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich-vermeidenden Anteilen - nicht vollständig remittierte posttraumatische Belastungsstörung - Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsänderung nach extremer Belastung - mittelgradige depressive Episode mit Regressionstendenzen - Ketten von somatischen Beschwerden

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, dass

der Beschwerdeführer gegenwärtig einmal monatlich in Behandlung sei (Ziff. 1.2). Er sei im Kontakt sehr misstrauisch, ängstlich und verunsichert. Motorisch bestehe eine Tendenz zur Unruhe, er sei psychovegetativ angespannt, nervös und klage über Vergesslichkeit und Konzentrationsprobleme. Er grübele oft über seine Vergangenheit, sei im Affekt gedrückt und es bestehe eine Antriebsminderung (Ziff. 2.4). Für die Tätigkeit als Chauffeur bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.3). Der Verlauf sei aus psychiatrischer und somatischer Sicht stagnierend, die Prognose mit Vorsicht ungünstig (Ziff. 4.2). 5.11

RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt mit Stellungnahme vom 5. Juli 2018 (Urk. 11/240/6) fest, dass sich aus den neu eingereichten Berichten keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergebe. Allerdings sei der psychiatrische Bericht (Dr. D.\_\_\_\_ vom 22. März 2018)

auch nicht ausführlich genug, um sich ein genaueres Bild zu machen. Zudem sei die letzte Begutachtung im Mai 2014 erfolgt. Eine polydisziplinäre Begutachtung sei hier demnach zu empfehlen. 5.12

Das Gutachten der Ärzte des B.\_\_\_\_ vom 15. November 2019 (Urk. 11/229) basiert auf einer internistischen, einer rheumatologischen und einer psychiatrischen Untersuchung sowie den vorhandenen Akten (vgl. S. 1 unten). Die Gutachter führten aus, dass der Beschwerdeführer aktuell hauptsächlich über eine chronische Müdigkeit klage, bedingt durch die chronische Durchfallerkrankung mit bis zu zehn Stuhlgängen pro Tag und ausgeprägten Schlafstörungen. Zudem bestünden Schmerzen am gesamten Bewegungsapparat und eine chronische Migräne (S.

8 unten). Die Gutachter nannten als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Colitis ulcerosa (S. 9 oben).

Aus rein internistischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Begutachtung im A.\_\_\_\_ im Juni 2014 nicht wesentlich verändert. Er

berichte nach wie vor über Darmbeschwerden aufgrund der Colitis ulcerosa mit bis zu zehn Stuhlentleerungen pro Tag und intermittierenden Bauchkrämpfen . Der behandelnde Gastroenterologe

Dr. I. \_\_\_ habe in den Verlaufsberichten von einem wechselhaften Verlauf gesprochen. Die letzte Kolos kopie aus dem Jahr 2016 sei normal ausgefallen. Die aktuelle internistische klinische Untersuchung sei weitgehend unauffällig (S. 54 unten ).

Wie bereits bei den zwei Vorgutachten von Y. \_\_\_ und A. \_\_\_ könne aufgrund der noch persistie renden Durchfallproblematik mit der Notwendigkeit häufiger Toilettenbesuche von einer maximal 20%igen Einschränkung der Leistungsfähigkeit ausgegangen werden, dies bei voller Präsenzzeit (S. 55 Mitte) .

Bei der rheumatologischen Untersuchung des Bewegungsapparates

hät ten patho logische Befunde einerseits im LWS-Bereich, andererseits im HWS-Bereich und in beiden Füßen erhoben werden können ( S. 63 Mitte ). Die stark beklagten Be schwerden, vor allem im Rücken und in den Füßen, könnten mit der Bildgebung , der Klinik und den Laboruntersuchungen nicht vollständig erklärt werden. Ebenfalls nicht plausibel sei eine Gehstrecke von lediglich vier bis fünf Minuten (S. 65 f.). Eine Colitis-assoziierte Arthritis habe anlässlich der ambulanten Untersuchung an der Rheumaklinik des Universitätsspitals H. \_\_\_

im Sommer 2016 ausgeschlossen werden können. Man habe keinerlei Hinweise auf ein entzündlich-rheumatisches Geschehen gefunden (S. 11 oben). Die Kraftlosigkeit in den Beinen werde einer Steroidmyopathie zugeordnet. Dem Beschwerdeführer sei es aus rein rheuma to logischer Sicht möglich, seine zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Chauffeur und als Portier weiterhin zu 100 % auszuüben (S. 11 Mitte).

Bei der psychiatrischen Exploration habe sich ein psychisch nicht wesentlich beeinträchtigter Mann präsentiert. Eine Störung der Affektivität, verbunden mit Freudlosigkeit und einem äusserst eingeschränkten Interesse an Aktivitäten des öffentlichen Lebens teilzunehmen , könne nicht ausgemacht werden. Den Aus führungen des Beschwerdeführers über seinen sozialen Rückzug könne man nicht wirklich Glauben schenken (S. 86 unten ). Beim Beschwerdeführer müsse von einer Aggravation ausgegangen werden (S. 93 Mitte).

Der vom behandelnden Psychiater Dr. D. \_\_\_ im Bericht vom 1. Mai 2019 erhobene psycho pathologische Befund und die Schwere der darin aufgezeigten Einschränkung sei en nicht nachvollziehbar. Aufgrund dieses erhobenen Befundes sei maximal von einer Belastungsstörung, vielleicht höchstens von einer leichten Depression auszugehen, so dass insgesamt von einer deutlichen Befundbesserung gesprochen werden könne (S. 93 unten) . Aktuell bestehe keine psychiatrisch bedingte Ein schränkung der Arbeitsfähigkeit ( S. 14 Mitte ) .

I m Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde ausführt, dass d er Beschwerdeführer über wenige persönliche Ressourcen verfüge . Er habe zwar in seiner Heimat eine höhere Fachschule besucht, seit seiner Ankunft in der Schweiz aber nie länger als ein Jahr gearbeitet. Er sei soziokulturell sehr schlecht inte griert. Der Beschwerdeführer sei seit Jahren vom Sozialamt abhängig und spreche kaum ein Wort Deutsch. Zudem lebe er seit der Trennung von seiner Familie sozial recht isoliert, was für ihn sicher auch psychisch belastend sei (S. 12 unten). Zwischen den subjektiven Beschwerdeschilderungen und dem

Verhalten des Beschwerdeführers in der Untersuchungssituation habe eine auffällige Diskrepanz bestanden. Zudem stehe die subjektiv geschilderte Intensität der Beschwerden in einem Missverhältnis zur Vagheit der Schilderung der einzelnen Symptome und Angaben zur Lokalisation (S. 13 oben). Auch stehe das Ausmass der geschilderten Beschwerden nicht in Übereinstimmung mit einer leidensgerechten Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe. Bei der Begutachtung hätten sich somit verschiedene Auffälligkeiten gezeigt, die - insbesondere in ihrer Gesamtschau - zu dem Urteil führen, dass beim Beschwerdeführer von einer Aggravation ausgegangen werden müsse (S. 13 Mitte).

Für die Tätigkeit eines Schulbusfahrers oder Taxichauffeurs, welche aufgrund der häufigen Toilettenbesuche als nicht optimal angepasst betrachtet werden müsse, bestehe eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 13 Mitte). Für eine behinderungsangepasste Tätigkeit - körperlich leicht, wechselbelastend, mit der Möglichkeit, jederzeit eine Toilette aufzusuchen und auch jederzeit die Arbeitstätigkeit zu unterbrechen - bestehe

aus interdisziplinärer Sicht

eine Restarbeitsfähigkeit von 80 % (S. 13 unten).

Die Einschränkung von 20 % sei allein durch die Colitis ulcerosa beziehungsweise durch die Bauchkrämpfe und die gehäuften Toilettenbesuche bedingt (S. 14 oben) und seit der letzten Begutachtung im Jahr 2014 unverändert (S. 13 unten). 6.

## **E. 6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 1.

### **E. 6.1**

Vor diesem Hintergrund ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass es seit der Zusprache der halben Rente - welche gestützt auf die gesamte medizinische Aktenlage mittels Vergleich erfolgt sei - zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Verhältnisse sowohl aus gastroenterologischer wie auch aus psychiatrischer Sicht gekommen sei, welche geeignet sei, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen. Es sei ein Grund gegeben, um eine Revision mit umfassender neuer Prüfung des Anspruchs durchzuführen (Stellungnahme vom 7. August 2020, Urk. 11/241 S. 5 unten).

Demgegenüber hielt der Beschwerdeführer fest, dass den Gutachten des A.\_\_\_\_ und des B.\_\_\_\_ kein genügender Beweiswert zukomme und sich aus diesen beiden Gutachten zudem kein verbesserter Gesundheitszustand ergebe. Es handle sich lediglich um eine andere Einschätzung des bestehenden Gesundheitszustandes (Urk. 1 S. 2 unten).

### **E. 6.2**

Vorab ist die aktuelle gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers zu prüfen. Dazu liegen neben den Berichten der behandelnden Ärzte insbesondere die beiden Gutachten des A.\_\_\_\_ und des B.\_\_\_\_ vor. 6. 3

Das polydisziplinäre Gutachten der Ärzte des A.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2014 erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte im Sinne der Rechtsprechung (vgl. E. 1. 6 ). Es setzt sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander und berücksichtigt insbesondere auch sämtliche in der Zwischenzeit angefallenen ärztlichen Untersuchungsergebnisse. Insgesamt ist das Gutachten umfassend und vermag zu überzeugen.

Die Einschätzung im A.\_\_\_\_ -Gutachten kann auch mit den vorliegenden gastroenterologischen Beurteilungen in Einklang gebracht werden. So hielten die Gutachter des A.\_\_\_\_ fest, dass die früheren Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit aus gastroenterologischer Sicht aufgrund der angegebenen Befunde nachvollziehbar seien (vgl. vorstehend E. 5.4). Soweit der Beschwerdeführer die gastroenterologische Beurteilung durch das A.\_\_\_\_ beanstandete ( Urk. 1 S. 4 Mitte), ist auf den Bericht des behandelnden Gastroenterologen Dr. F.\_\_\_\_ vom 9. April 2015 zu verweisen, wonach der gastroenterologische Gutachter des A.\_\_\_\_ eine sorgfältige und korrekte Analyse gemacht habe (vgl. vorstehend E. 5.5).

Der Beschwerdeführer machte geltend, dass der medizinische Sachverhalt gestützt auf das A.\_\_\_\_ -Gutachten nicht festgelegt werden könne; so könne nun auch nicht im Nachhinein behauptet werden, dass das A.\_\_\_\_ -Gutachten beweiskräftig sei ( Urk. 1 S. 3 unten). Dies findet in den Akten keine Stütze. So wurde

das Gutachten der Ärzte des A.\_\_\_\_ seitens der Beschwerdegegnerin als nachvollziehbar und plausibel beurteilt (vgl. Feststellungsblatt, Urk. 11/ 138 S. 3 f. ). Gestützt auf das A.\_\_\_\_ -Gutachten stellte die Beschwerdegegnerin denn auch im April 2015 die Einstellung der Invalidenrente in Aussicht (vgl. Urk. 11/ 139 ). Im Rahmen des Einwandverfahrens wurde unter anderem eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht (vgl. Urk. 11/144 S. 4 f.) und es

wurden verschiedene medizinische Berichte eingereicht und eingefordert. Die Beschwerdegegnerin hielt das A.\_\_\_\_ -Gutachten nach wie vor für beweiskräftig. Grund der erneuten Gutachtensanordnung war vielmehr

die Abklärung einer möglichen, nach Untersuchung durch die Gutachter des A.\_\_\_\_ eingetretenen gesundheitlichen Veränderung, zumal seit dem

A.\_\_\_\_ -Gutachten mehr als vier Jahre vergangen waren (vgl. Stellungnahme des RAD-Arzt es

Dr. J.\_\_\_\_ vom Juli 2018, vorstehend E. 5.11 ).

Soweit Dr. D.\_\_\_\_

- bei welchem der Beschwerdeführer seit März 2008 in Behandlung steht (vgl. Urk. 11/ 46/9

Ziff.

## **E. 6.5**

Nach dem Gesagten kann in Bezug auf den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auf die Gutachten des A.\_\_\_\_ sowie des B.\_\_\_\_ abgestellt werden. Demnach besteht beim Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit.

7.

## E. 7

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen). 2. 2.1

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit

der Rentenzusprache anspruchrelevant verändert hat (vgl. vorstehend E. 1. 5).

Es ist darauf hinzuweisen, dass die beiden Verlaufsberichte (Urk. 11/96/7-11 und Urk. 11/97), welche der Mitteilung vom 6. Oktober 2011 (Urk. 11/99) zugrunde lagen (vgl. nachfolgend E. 4.2 und E. 4.3), nicht als (einzige medizinische) Grundlage für eine materielle Prüfung des Rentenanspruchs im Rahmen eines Revisionsverfahrens ausreichen. Es handelt sich dabei neben einem wenige Zeilen umfassenden Bericht des behandelnden Gastroenterologen

lediglich um einen Formularbericht des behandelnden Psychiaters, dessen Inhalt von der Beschwerdeführerin unkritisch übernommen wurde (Urk. 11/98). Vergleichszeitpunkt für eine allfällige Veränderung des Gesundheitszustandes ist demnach der Zeitpunkt der Erlasses der ursprünglichen Verfügung vom 23. Dezember 2009, welcher das Ende des Beurteilungszeitraums im Prozess Nr. IV.2010.00124 bildet und welcher mit der Zusprache einer halben Rente ab 1. Mai 2008 endete. Mit der entsprechenden «Verfügung» der Beschwerdegegnerin vom 17. Februar 2011 wurde so dann lediglich der abgeschlossene Vergleich vollzogen. 2.2

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) aus, dass gestützt auf das A.\_\_\_\_-Gutachten seit anfangs 2013 von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer dem Leiden angepassten, körperlich leichten Tätigkeit auszugehen sei, wobei der Gang zur Toilette jederzeit gewährleistet sein müsse (S. 2 Mitte). Nachdem im Einwand-Verfahren zahlreiche weitere medizinische Unterlagen eingegangen seien, habe sie - beim B.\_\_\_\_ - ein weiteres Gutachten in Auftrag gegeben (S. 2 unten). Auch dem B.\_\_\_\_-Gutachten könne der volle Beweiswert zuerkannt werden und es könne darauf abgestellt werden. Die Gutachter

des B.\_\_\_\_ hätten auf eine Restarbeitsfähigkeit von 80 % für eine dem Leiden optimal angepasste Tätigkeit geschlossen. Die Einschränkung von 20 % sei durch die Colitis ulcerosa beziehungsweise die Bauchkrämpfe und gehäuften Toilettenbesuche begründet. Die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit sei seit der letzten Begutachtung im Jahr 2014 unverändert (S.

3 oben). Die Beschwerdegegnerin hielt abschliessend fest, dass es seit der Zusprache der halben Rente mittels Vergleichs sowohl aus gastroenterologischer wie auch aus psychiatrischer Sicht zu einer Verbesserung gekommen sei. Gemäss den gutachterlichen Feststellungen sei mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit spätestens seit Anfang des Jahres 2013 bis zum heutigen Zeitpunkt von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit auszugehen (S. 3 Mitte). Die Beschwerdegegnerin stellte einem Valideneinkommen von Fr. 68'105.50 ein Invalideneinkommen von Fr. 54'484.40 gegenüber und errechnete einen rentenaus schliessenden Invaliditätsgrad von 20 % (S. 3 unten). 2.3

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass

sich aus den Gutachten des A.\_\_\_\_ und des B.\_\_\_\_ keine tragfähige Grundlage ergebe, um die Rente aufzuheben. Den Gutachten komme kein genügender Beweiswert zu. Zu dem ergebe sich aus diesen beiden Gutachten kein verbesserter Gesundheitszustand (S. 2 unten). Das A.\_\_\_\_ -Gutachten habe eine abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vorgenommen. Ausser dem seien die A.\_\_\_\_ -Gutachter inhaltlich zu einem gänzlich anderen Schluss gelangt als sämtliche früheren und späteren ärztlichen Berichtersteller (S. 4 Mitte). Auch das Gutachten des B.\_\_\_\_ sei nicht mehr als eine unzulässige second

opinion und kein Verlaufsgutachten (S. 6 Mitte). Zudem sei im Rahmen der Begutachtung beim B.\_\_\_\_ keine Untersuchung durch einen Facharzt für Gastroenterologie erfolgt (S. 4 unten). Die Einstellung der Rente verfüge damit in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht über keine tragfähige Grundlage (S. 9 oben). Er habe darum ersucht, ihm mitzuteilen, wie viele Gutachten die Beschwerdegegnerin in den Jahren 2015 bis 2017 beim B.\_\_\_\_ in Auftrag gegeben habe, welche Grade der Arbeitsunfähigkeiten attestiert worden seien und welche Invaliditätsgrade daraus abgeleitet worden seien. Die Beschwerdegegnerin habe ihm das verwehrt und ungeachtet dessen das Begutachtungsverfahren durchgezogen und auf das so eingeholte Gutachten abgestellt (S. 9 unten).

Damit habe die Beschwerdegegnerin Bundesrecht, seinen Anspruch auf rechtliches Gehör, auf ein faires Verfahren und auf Waffengleichheit sowie sein Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens verletzt (S. 9 f.). 3.

### **E. 7.1**

Zu prüfen bleibt das Vorliegen eines Revisionsgrundes. Der Beschwerdeführer machte geltend, dass sich weder aus dem A.\_\_\_\_ -Gutachten noch aus dem B.\_\_\_\_ -Gutachten ein verbesserter Gesundheitszustand ergebe (vgl. vorstehend E. 2.3).

### **E. 7.2**

Der gerichtliche Vergleich vom 26. Mai 2010 basierte auf einer 50%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Grundlage dafür war insbesondere das Gutachten der Ärzte des

Y.\_\_\_\_ vom Juni 2009. Darin wurde aus psychiatrischer Sicht festgehalten, dass der Beschwerdeführer bei der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode derzeit zu 70 % arbeitsfähig sei. Auch unter Berücksichtigung der gastroenterologischen Beschwerden wurde - bei optimal therapierter Colitis - von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Im Zeitpunkt der Begutachtung bestand

jedoch eine unkontrollierte Situation bezüglich der Colitis ulcerosa, welche nicht ausreichend behandelt war.

Da der Therapieverlauf noch unklar war und zudem das Vorliegen

einer zusätzlichen Reizdarmsymptomatik im Raum stand (vgl. vorstehend E. 3.4), wurde für den gerichtlichen Vergleich gestützt auf die damals bestehende gastroenterologische Situation von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen (wobei gleichzeitig eine Revision im März 2011 vorgesehen wurde; vgl. vorstehend E. 3.5).

### **E. 7.3**

Aus gastroenterologischer Sicht zeigt sich seit

dem Vergleich vom Mai 2010 folgender Verlauf:

Der behandelnde Gastroenterologe Dr. F.\_\_\_\_ führte im Juni 2011 aus, dass die Colitis gut behandelt sei und aus gastroenterologischer Sicht kein Grund mehr bestehe für eine Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4.3). Im Mai 2013 berichtete Dr. F.\_\_\_\_, dass es dem Beschwerdeführer in den letzten zwei Jahren verhältnismässig gut gegangen sei. Seit Monaten sei jedoch wieder eine Zunahme der Krankheitsaktivität zu beobachten, mit Verschlechterung der Gesamtsituation und wiederholten Durchfällen (vgl. vorstehend E. 5.3). Im A.\_\_\_\_-Gutachten vom Juni 2014 wurde ebenfalls festgehalten, dass es dem Beschwerdeführer zumindest bis Anfang 2013 recht gut gegangen sei; seither sei die Krankheit wieder vermehrt aktiv. Es bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um etwa 20 % (vgl. vorstehend E. 5.4). Im April 2015 hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, dass es zu einem schweren Verlauf mit erhöhter Entzündungsaktivität gekommen sei. In der jetzigen, schweren Schubsituation sei eine Arbeit, insbesondere als Chauffeur, nicht zumutbar (vgl. vorstehend E. 5.5). Bei gutem Therapieansprechen auf das Medikament Remicade berichtete Dr. F.\_\_\_\_ im Februar 2016 wieder über eine weitgehende Normalisierung der Stuhlgewohnheiten. Aktuell ergäben sich keine Befunde, welche eine Invalidität rechtfertigen (vgl. vorstehend E. 5.6).

Der neu behandelnde Gastroenterologe

Dr. I.\_\_\_\_

berichtete im März 2018 über einen sehr wechselhaften Verlauf und hielt fest, dass keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Er nannte jedoch weder Befunde noch Einschränkungen und begründete die volle Arbeitsunfähigkeit nicht (vgl. vorstehend E. 5.9), weshalb nicht auf seine Beurteilung abgestellt werden kann.

Im B.\_\_\_\_-Gutachten vom November 2019 wurde festgehalten, dass sich der Gesundheitszustand aus internistischer Sicht seit der letzten Begutachtung im A.\_\_\_\_ im Juni 2014 nicht wesentlich verändert habe und aufgrund der Colitis ulcerosa unverändert eine Einschränkung von 20 % bestehe (vgl. vorstehend E. 5.12).

Zusammenfassend ergibt sich somit aus gastroenterologischer Sicht eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. So kam es nach dem Vergleich vom Mai 2010 zunächst zu einer Verbesserung der Colitis

ulcerosa . Während etwa zwei Jahren war die Colitis gut therapiert und es lag diesbezüglich keine Arbeitsunfähigkeit mehr vor .

Seit Beginn des Jahres 2013 nahm die Krankheitsaktivität jedoch wieder zu und dem Beschwerdeführer wurde seitens der Gutachter des A.\_\_\_\_

eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit aus gastroenterologischer Sicht attestiert .

Nach einer Schubsituation im April 2015 kam es bei gutem Therapieansprechen auf ein neues Medikament wieder zu einer weitgehenden Normalisierung . Gestützt auf das Gutachten der Ärzte des B.\_\_\_\_ ist seit dem

A.\_\_\_\_ -Gutachten nicht von einer wesentlichen Veränderung und entsprechend weiterhin von einer 20%igen Einschränkung aus gastroenterologischer Sicht auszugehen.

#### **E. 7.4**

Aus psychiatrischer Sicht ergibt sich folgender Verlauf: Der behandelnde Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ ging im Juni 2008 aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung sowie einer mittelgradigen depressiven Episode von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus (vgl. vorstehend E. 3.3). Im Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom Juni 2009 wurde dem Beschwerdeführer bei der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode

eine 70%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (vgl. vorstehend E. 3.4).

Diese Einschätzung war aus psychiatrischer Sicht die Grundlage für den Vergleich vom 26. Mai 2010 (vgl. vorstehend E. 3.5

und E. 7.2 ).

Dr. D.\_\_\_\_ ging im Mai 2011 weiterhin von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus (vgl. vorstehend E. 4.2). Im Februar 2013 hielt er fest, dass derzeit keine beruflichen Massnahmen möglich seien; es lägen eine schwergradige depressive Episode, eine generalisierte Angststörung sowie unverarbeitung posttraumatische Belastungsstörungen vor (vgl. vorstehend E. 5.2). Im A.\_\_\_\_ -Gutachten vom Juni 2014 wurde die Diagnose einer leichten depressiven Episode ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Im psychiatrischen Teilgutachten wurden die früheren Beurteilungen als nicht nachvollziehbar erklärt. Dennoch wurde im Rahmen der Beurteilung aus polydisziplinärer Sicht eine leichte Verbesserung der Depression angegeben (vgl. vorstehend E. 5.4 ). Dr. D.\_\_\_\_

nannte im Mai 2016

als Diagnose eine chronifizierte mittelgradige

depressive Episode, einen Rest unverarbeitung posttraumatische Belastungsstörung und eine andauernde Persönlichkeitsänderung und berichtete über eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes (vgl. vorstehend E. 5.7). Im März 2018 gab er an, dass der Verlauf stagnierend sei . Bei den Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode mit Regressionstendenzen, einer nicht vollständig remittierten posttraumatischen

Belastungsstörung, eines Verdachts auf andauernde Persönlichkeitsänderung sowie akzentuierten Persönlichkeitszügen attestierte Dr. D.\_\_\_\_

dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 5.10).

Die Gutachter des B.\_\_\_\_

hielten im November 2019 fest, dass aktuell keine psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. vorstehend E. 5.12).

Demnach kann auch aus psychiatrischer Sicht

von einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden.

Während im Y.\_\_\_\_-Gutachten vom Juni 2009 aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen wurde, gingen die Gutachter des A.\_\_\_\_ im Juni 2014 von einer leichten Verbesserung der Depression aus und attestierten dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Auch die Gutachter des B.\_\_\_\_ verneinten im November 2019 eine psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Auch

den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_ sind

wesentliche Veränderungen des Gesundheitszustandes zu entnehmen. Während Dr. D.\_\_\_\_ im Juni 2008 eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert hatte, war im Mai 2016 noch von einem Rest einer unverarbeiteten Belastungsstörung und im März 2018 von einer «nicht vollständig remittierten» posttraumatischen Belastungsstörung die Rede. Zudem diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ jeweils eine mittelgradige depressive Episode und attestierte dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Im Februar 2013 stellte er eine schwere depressive Episode fest und hielt selbst berufliche Massnahmen nicht mehr für möglich. Im März 2018 ging er dann bei der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode « mit Regressionstendenzen » wieder von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus.

### **E. 7.5**

Nach dem Gesagten erweist sich der Einwand des Beschwerdeführers, dass sich aus dem A.\_\_\_\_-Gutachten kein verbesserter Gesundheitszustand ergebe (vgl. vorstehend E. 2.3), als unbehelflich. So kam es aus gastroenterologischer Sicht zu nächst zu einer Verbesserung und ab Anfang 2013 wieder zu einer leichten Verschlechterung, was im A.\_\_\_\_-Gutachten vom Juni 2014 dargelegt wurde.

Ausser dem wurde im A.\_\_\_\_-Gutachten eine leichte Verbesserung aus psychiatrischer Sicht

angegeben. Im fünf Jahre später erstellten polydisziplinären Gutachten der Ärzte des B.\_\_\_\_ wurde dann im Vergleich zum A.\_\_\_\_-Gutachten keine wesentliche Veränderung mehr festgestellt. Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, dass die aktuelle Arbeitsfähigkeit gemäss B.\_\_\_\_-Gutachten «seit jeher» bestehe (vgl. Urk. 1 S. 7 Mitte), ist darauf hinzuweisen, dass es sich dabei um eine Beurteilung aus rheumatologischer Sicht handelt (vgl. Urk. 11/229 S. 67).

Somit liegt seit der Rentenzusprache

sowohl aus gastroenterologischer als auch aus psychiatrischer Sicht eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und damit

ein Revisionsgrund vor .

Der Rentenanspruch ist demnach in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (vgl. vorstehend E. 1. 4) . 8. 8.1

In Bezug auf die aktuelle gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers ist gestützt auf die Gutachten des A.\_\_\_\_ sowie

des B.\_\_\_\_

seit Anfang 2013 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten, körperlich leichten Tätigkeit, bei welcher der Gang zur Toilette jederzeit gewährleistet ist, auszu gehen .

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen.

8.2

Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen gestützt auf die Lohnstatistik gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik , da der Beschwerdeführer seit seiner Einreise in die Schweiz in verschiedenen Hilfs arbeitertätigkeiten gearbeitet und unregelmässige Einkommen erzielt habe.

Auch das Invalideneinkommen berechnete sie gestützt auf den selben Tabellenlohn.

Die Beschwerdegegnerin stellte einem Valideneinkommen von Fr. 68'105.50 ein Invalideneinkommen von Fr. 54'484.40 gegenüber und errechnete einen renten ausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 % ( vgl. Urk. 11/240/9; Urk. 2 S.

3 unten).

Dieser Einkommensvergleich wurde im Rahmen der Beschwerde nicht beanstandet. 8.3

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen) ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad nämlich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn, der höchstens 25 % betragen darf. Dies stellt keinen "Prozentvergleich" im Sinne von BGE 104 V 135 E. 2b S.

137 dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C\_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1). 8.4

Da der Beschwerdeführer

vor Eintritt der Invalidität verschiedene Hilfsarbeitertätigkeiten ausgeübt hat (vgl. Urk. 11/ 53/5) ,

ist

vorliegend sowohl in Bezug auf die angestammte Tätigkeit wie auch auf eine angepasste Tätigkeit von Hilfstätigkeiten auszugehen. Daher brauchen weder das Validen- noch das Invalideneinkommen genau beziffert zu werden. Bei einer zumutbaren Tätigkeit von

80 % und angesichts der Tatsache, dass ein Abzug vom Tabellenlohn vorliegend nicht als gerechtfertigt erscheint, resultiert somit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 20 % .

Demnach hat die Beschwerdegegnerin die bisherige Rente zu Recht aufgehoben, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 9. 9.1

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Vertretung notwendig oder doch geboten ist (Art. 29 Abs. 3 BV; BGE 135 I 1 E. 7.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_686/2020 vom 11. Januar 2021 E. 1).

Da diese Voraussetzungen vorliegend erfüllt sind, ist dem Beschwerdeführer antragsgemäss (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und die unentgeltliche Rechtsvertretung in der Person von Rechtsanwalt Viktor Györfy zu gewähren. 9.2

Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzulegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 9.3

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.

Da der unentgeltliche Rechtsvertreter trotz des Hinweises in der Verfügung vom 9. Juli 2021 (Urk.

## **E. 11**

/75) : „1.

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, spricht dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab Mai 2008 eine halbe Rente zu. 2.

Der Beschwerdeführer verpflichtet sich, in Nachachtung seiner Schadenminderungspflicht (vgl. S. 26 f. des Y.\_\_\_\_-Gutachtens), sich einer ad äquaten gastroenterologischen Therapie (vgl. S. 22 Ziff. 5.3 des Y.\_\_\_\_-Gutachtens) zu unterziehen und die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung fortzusetzen. 3.

Im März 2011 findet ein amtliches Revisionsverfahren statt. Falls der Beschwerdeführer seiner Schadenminderungspflicht nicht vollumfänglich nachgekommen ist, wird seine Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit mit 70 % veranschlagt. 4.

Die IV-Stelle entschädigt den unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 2'200.-- und übernimmt die Verfahrenskosten von Fr. 400.--.“

Gestützt darauf auferlegte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 22. November 2010 eine Schadenminderungspflicht (Urk. 11/81) und sprach ihm mit Verfügung vom 17. Februar 2011 eine halbe Rente ab 1. Mai 2008 zu (Urk. 11/89 und Urk. 11/83). 4.

## **E. 12**

) keine Honorarnote eingereicht hat, ist die Entschädigung in Anwendung von § 7 f. der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht nach Ermessen festzusetzen. In Berücksichtigung der vorstehend genannten Kriterien ist Rechtsanwalt Viktor Györfly, Zürich, bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Der Beschwerdeführer ist zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet, sobald er dazu in der Lage ist (§

## **E. 16**

Abs. 4 GSVGer). Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 23. April 2021 wird

dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihm Rechtsanwalt Viktor Györfly, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt.

Sodann erkennt das Gericht: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- 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 Viktor Györfly, Zürich, wird mit Fr. 2'400.-- (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 Viktor Györfly - 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 Gräub Neuenschwander-Erni

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