



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Augustinergasse 3, Postfach 1654, 1701 Freiburg

T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01
www.fr.ch/tc

605 2012 408

Urteil vom 22. Juni 2015

II. Sozialversicherungsgerichtshof

Besetzung	Präsident: Johannes Frölicher Richter: Hugo Casanova, Gabrielle Multone Gerichtsschreiberin-Berichterstatterin: Daniela Kiener
Parteien	A. _____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin Nathalie Weber-Braune gegen INVALIDENVERSICHERUNGSSTELLE DES KANTONS FREIBURG, Vorinstanz
Gegenstand	Invalidenversicherung (Rentenrevision) Beschwerde vom 1. November 2012 gegen die Verfügung vom 27. September 2012

Sachverhalt

A. A. _____ ist im Jahr 1974 in Vietnam geboren. Im Jahr 1980 kam er zusammen mit seinen Eltern und Geschwistern in die Schweiz. Nachdem er die Primar- und Sekundarschule absolviert hatte, machte er eine Schnupperlehre und besuchte vorübergehend eine Handelsschule. Er begann Drogen zu konsumieren, worunter auch seine Leistungen in der Lehre litten, welche er abbrechen musste. A. _____ verfügt bis heute über keine Berufsausbildung. Er ist geschieden und lebt in Freiburg.

Am 28. Juni 1994 stellte A. _____ ein Leistungsbegehren bei der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg (nachfolgend: IV-Stelle). Mit Verfügung vom 31. Juli 1996 wurde dem Versicherten aufgrund der diagnostizierten Milieuschädigung, der neurotischen Fehlentwicklung, der langjährigen Drogensucht und der schwierigen sozialen Umstände ab dem 1. Juni 1993 eine halbe Rente zugesprochen, basierend auf einem Invaliditätsgrad von 53 Prozent.

B. Es folgten zahlreiche Revisionsverfahren (von Amtes wegen und auf Gesuch hin), welche aber zu keiner Anpassung der Invalidenrente führten. Am 24. August 2007 bestätigte die IV-Stelle letztmals den Anspruch auf eine halbe Invalidenrente; dies gestützt auf eine angiologisch-psychiatrische Begutachtung des Versicherten sowie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn, Zweigstelle Freiburg (nachfolgend: RAD), wonach sich sein Gesundheitszustand nicht verschlechtert habe. Es bestehe weiterhin eine Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von 50 Prozent, welche bei einem Invaliditätsgrad von 53 Prozent Anspruch auf die bisherige (halbe) Invalidenrente gebe.

Auf ein weiteres Revisionsgesuch des Versicherten trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. Juni 2009 nicht ein, da der Versicherte nicht glaubhaft dargelegt habe, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung vom 24. August 2007 wesentlich verändert haben. Eine andere Beurteilung des unveränderten Sachverhalts sei nicht möglich.

C. Am 11. Juni 2010 beantragte der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Claudio Buchs, abermals, es sei seine halbe Rente auf eine ganze Rente zu erhöhen. Er machte geltend, dass sich sein psychischer Gesundheitszustand in letzter Zeit merklich verschlechtert habe. Sein Gesundheitszustand habe aber nicht nur psychisch eine nachhaltige Verschlechterung erfahren, sondern auch auf der somatischen Ebene. Er leide unter chronischen, lymphatisch bedingten unheilbaren Ulcera, welche ihn während der grössten Zeit des Jahres in seiner Bewegungsfreiheit einschränken würden.

Die IV-Stelle holte diverse Arztberichte ein und gab am 8. Juni 2011 eine interdisziplinäre Abklärung in Auftrag. Mit Zwischenverfügung vom 16. September 2011 hielt die IV-Stelle an der Abklärungsstelle fest. In der Folge wurde der Versicherte internistisch, psychiatrisch, angiologisch und dermatologisch untersucht. Das interdisziplinäre Gutachten der B. _____ datiert vom 3. April 2012.

Mit Vorentscheid vom 29. Juni 2012 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass das Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente abgewiesen werde. Die spezialärztlichen Abklärungen hätten ergeben, dass sich sein Gesundheitszustand nicht verschlechtert habe und er weiterhin in der Lage sei, eine Erwerbstätigkeit zu 50 Prozent ohne Leistungseinbusse auszuüben. Basierend auf einem IV-Grad von 53 Prozent bestehe weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente.

Gegen den Vorentscheid vom 29. Juni 2012 erhob der Versicherte am 28. August 2012 schriftlich Einsprache. Mit Verfügung vom 27. September 2012 hielt die Vorinstanz an ihrem Vorentscheid fest und wies das Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente ab.

Am 19. Oktober 2012 sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Wirkung ab 1. März 2008 eine Entschädigung wegen leichter Hilflosigkeit mit Aufenthalt zu Hause zu. Zur Begründung wurde ausgeführt, der Versicherte benötige seit März 2007 (Beginn der einjährigen Wartezeit) wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung eine regelmässige und erhebliche Hilfe einer Drittperson in den Bereichen Körperpflege und Fortbewegung/Kontaktpflege. Zudem sei die lebenspraktische Begleitung von 2 Stunden wöchentlich über eine Zeitspanne von 3 Monaten ausgewiesen.

D. Gegen die Verweigerung der Erhöhung der Invalidenrente (Verfügung vom 27. September 2012) erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Nathalie Weber-Braune, am 1. November 2012 Beschwerde an das Kantonsgesicht Freiburg. Er beantragt, es sei die angefochtene Verfügung der Vorinstanz aufzuheben und ihm eine ganze Invalidenrente auszurichten. Subsidiär sei die Angelegenheit zur Einholung eines zweiten Gutachtens betreffend seine Arbeitsfähigkeit an die Vorinstanz zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Schliesslich sei ihm für das Beschwerdeverfahren die vollständige unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren, unter Beordnung von Rechtsanwältin Nathalie Weber-Braune als amtliche Rechtsverteidigerin.

Zur Begründung führte der Beschwerdeführer aus, der Grad seiner Invalidität habe sich seit Rentenbeginn im Jahr 1995 erheblich erhöht. Damals sei ihm allein wegen seines schlechten psychischen Zustands eine hälftige Invalidenrente zugesprochen worden; somatische Aspekte hätten noch keine Rolle gespielt. Seit dem Jahr 2009 habe sich sein psychischer Zustand nochmals verschlechtert, so dass mehrere Ärzte allein aus psychischen Gründen eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten. Ausserdem seien massive körperliche Beschwerden hinzugekommen. Er habe eine tiefe Bein thrombose erlitten und leide seither unter floriden *Ulcer cruris*. Seine Gliedmassen seien übersät mit entzündlichen Nekrosen. Die Beinamputation könne nur verhindert werden, weil er täglich von einem Wundspezialisten besucht werde.

Mit Verfügung vom 27. Mai 2013 hiess der Instruktionsbeauftragte des Kantonsgerichts das Gesuch um Gewährung der vollständigen unentgeltlichen Rechtspflege für das vorliegende Beschwerdeverfahren gut und ernannte Rechtsanwältin Nathalie Weber-Braune zur amtlichen Rechtsbeiständin des Beschwerdeführers (605 2012 409).

Am 3. Oktober 2013 reichte die Vorinstanz ihre Bemerkungen ein. Sie beantragte die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung.

In seinen Gegenbemerkungen vom 27. Januar 2014 hielt der Beschwerdeführer an seinen Standpunkten fest. Ergänzend führte er aus, er habe am 23. Juli 2013 notfallmässig ins Spital eingeliefert werden müssen, wo eine zweiseitige Dermo-Hypodermatitis an den Unterschenkeln festgestellt worden sei, die über den chronischen Wunden und Ödemen entstanden sei. Ausserdem hätten die Ärzte festgestellt, dass er an einer bis anhin unbemerkten Diabetes leide, weshalb er seither jeden Tag Insulin spritzen müsse. Anlässlich der ambulanten Behandlung vom 6. August 2013 sei zusätzlich eine Pilzinfektion in der zentralen Venenblutlaufbahn entdeckt worden. Derartige schwere Komplikationen könnten infolge der chronischen Veneninsuffizienz im Stadium III (nach Widmer) jederzeit wieder auftreten. Die Verschlechterung des physischen Zustandes und die Diabetes-Krankheit hätten die bereits bestehenden psychischen Störungen und Krankheiten noch erschwert; eine 50-prozentige Arbeitstätigkeit sei aufgrund des physischen und psychischen Zustands des Beschwerdeführers nicht denkbar.

Auch die Vorinstanz hielt in ihren Schlussbemerkungen vom 27. Februar 2014 an ihren Standpunkten fest. Zwar sei das Vorbringen neuer Tatsachen möglich, die zu beurteilende Zeitperiode reiche aber nur bis zur bestrittenen Verfügung vom 27. September 2012. Welchen Einfluss die neu aufgetretenen Diagnosen und Komplikationen der bisherigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten, müsste allenfalls im Rahmen eines neuen Revisionsverfahrens geprüft werden.

Erwägungen

1. Die Beschwerde vom 1. November 2012 gegen die Verfügung vom 27. September 2012 ist durch eine ordentlich bevollmächtigte Rechtsvertreterin form- und fristgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Der Beschwerdeführer hat ein schutzwürdiges Interesse daran, dass das Kantonsgericht, II. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob er Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2. a) Im Sinne von Art. 8 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zur Anwendung kommt, ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG kann Invalidität die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

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; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat allerdings den bisher geltenden Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215, E. 7.3).

Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

b) Wurde gemäss Art. 87 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Absatz 2 erfüllt sind. Dieser Absatz sieht vor, dass, wenn ein Gesuch um Revision eingereicht wird, darin glaubhaft zu machen ist, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Art. 87 Abs. 3 IVV beruht auf dem Gedanken, dass die Rechtskraft der früheren Verfügung einer neuen Prüfung so lange entgegensteht, als der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht verändert hat. Damit soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Anspruchsbegründung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 130 V 64, E. 5.2.3). Daraus ergibt sich, dass die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch oder der Neuanschuldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen muss.

Nach Eingang einer Neuanschuldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind. Ist im gesamten für die Anspruchsberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum eine Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198, E. 4b). Die Verwaltung hat in diesem Fall in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 86ter bis Art. 88bis IVV vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Richter (BGE 109 V 108, E. 2b).

Die zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV bildet bei der Neuanschuldung – wo eine staatliche Leistungspflicht erst behauptet wird und es mithin an einer ursprünglichen rentenzusprechenden Verfügung fehlt – wie auch bei der Rentenrevision die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108, E. 5.3 und 5.4; 130 V 71, E. 3.2.3).

c) Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung, Diagnosestellung) und Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt, das heisst arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93, E. 4; 115 V 133, E. 2; 107 V 17, E. 2b; 105 V 156, E. 1). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird laut der Rechtsprechung nach dem Mass bestimmt, in welchem die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen an ihrem angestammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist hingegen die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 111 V 235, E. 1b mit Hinweisen). Bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf hat die versicherte Person andere ihr offen stehende Erwerbsmöglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 403, E. 2; 114 V 281, E. 1d). Auch die Zumutbarkeit einer Invalidentätigkeit ist vor allem aus medizinischer Sicht zu beurteilen, wobei dieser Sachverhalt aufgrund des objektiven Befundes durch die Ärzte bestimmt wird (BGE 107 V 17, E. 2b; PETER OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Dissertation, Freiburg 1995, S. 201). Insbesondere ist dabei nicht auf das subjektive Empfinden der versicherten Person abzustellen, hätte es doch diese ansonsten in der Hand, ihren Invaliditätsgrad selbst zu bestimmen.

d) Der Sozialversicherungsrichter prüft objektiv alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, und entscheidet danach, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351, E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351, E. 3b/cc mit Hinweisen).

3. Eingangs ist festzustellen, dass die Verwaltung auf das Revisionsgesuch eingetreten ist – was vom Gericht nicht zu beanstanden ist – und das Gesuch materiell geprüft hat. Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert hat und er daher Anspruch auf eine ganze Rente der IV hat. Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung der anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte materiell-rechtliche Verfügung der Vorinstanz vom 24. August 2007.

Als Vorbemerkung ist festzuhalten, dass der vorliegende Fall genügend abgeklärt wurde und das medizinische Dossier – insbesondere was die hier relevante Zeitperiode ab dem 24. August 2007 bis 27. September 2012 betrifft – komplett ist. Weitere Abklärungen und Begutachtungen, wie vom Beschwerdeführer beantragt, erübrigen sich daher.

a) Die letzte materiell-rechtliche Verfügung der Vorinstanz datiert vom 24. August 2007 (Revisionsgesuch vom 22. Oktober 2004). Darin wurde dem Beschwerdeführer eine medizinische Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent attestiert und ihm – gestützt auf einen IV-Grad von 53 Prozent – eine halbe Invalidenrente zugesprochen (Vorakten S. 379 ff.). Die IV-Stelle stützte sich dabei auf die vom RAD-Arzt Dr. med. C. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, am 8. Mai 2006 empfohlene (Vorakten S. 298 f.) und von der IV-Stelle am 19. Mai 2006 (Vorakten S. 305 ff.) in Auftrag gegebene angiologisch-psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers.

aa) Die angiologische Begutachtung wurde durch das D. _____, Klinik und Poliklinik für Angiologie, durchgeführt. Im Bericht vom 4. Juli 2006 (Vorakten S. 316 ff.) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Vorakten S. 315):

1. Postthrombotisches Syndrom im Bereich der unteren Extremitäten mit/bei:
 - Verschluss der Beckenachse rechts und der distalen V. cava inferior, Verdacht auf postthrombotische Veränderung im Bereich der V. femoralis communis links
 - venöse Hypertonie mit sekundärem Lymphödem
 - Verdacht auf rezidivierende Erysipel auf Grund i.v.-Abusus im Bereich der oberflächlichen Venen der unteren Extremitäten
2. Persönlichkeitsstörung (Borderline-Typ)
 - posttraumatische Belastungsstörung
3. Chronische Hepatitis B und C
4. Status nach Lungenabszessen und tiefer Beinvenenthrombose

5. Polytoxikomanie
- zum jetzigen Zeitpunkt unter Methadon

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit würden keine bestehen.

Beim Beschwerdeführer bestehe ein postthrombotisches Syndrom auf Grund einer durchgemachten Thrombose der V. cava inferior und der Beckenachse rechts. Diese alte Thrombose verursache eine chronische Abflussverhinderung der venösen Strombahn mit darauffolgender, chronisch-venöser Hypertonie im Bereich beider unterer Extremitäten. Aufgrund dieser venösen Hypertonie sei ein Lymphödem entstanden. Zusätzlich würden rezidivierende Infektionen aufgrund repetitivem i.v. Drogenabusus bestehen, die auch eine Schädigung der Lymphgefässe verursachen können. Das klassische Bild einer chronisch-venösen Insuffizienz bestehe aber nicht. Der Beschwerdeführer habe keine Corona phlebectatica, keine Atrophie blanche oder Dermatosklerose. Duplexsonografisch habe keine Klappeninsuffizienz gefunden werden können. Die Befunde des Beschwerdeführers seien prätibial lokalisiert und nicht wie typischerweise im Bereich der medialen Malleolen, wie bei chronisch-venöser Insuffizienz zu erwarten wäre. Bei der Untersuchung schein das Suchtproblem und die psychische Störung als hauptverantwortlich für die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu sein. Mit regelrechter Kompressionstherapie und Kurzzugsverband, Lymphdrainage bis zur kompletten Abschwellung und nachher konsequentem Tragen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II bis zum Kniegelenk sollte nach Abheilung der Ulzerationen eine 100-prozentige Arbeitsfähigkeit aus angiologischer Sicht möglich sein (Vorakten S. 314).

bb) Psychiatrisch wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachtet. Das Gutachten wurde am 7. September 2006 erstattet (Vorakten S. 144 ff.). Es wurden die folgenden Diagnosen gestellt (Vorakten S. 140):

1. Polytoxikomanie, gegenwärtig weitgehend abstinent unter ärztlich überwachtem Ersatzdrogenprogramm (ICD-10: F11.22)
2. Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0)
3. Lange Phase von Arbeitsuntätigkeit (ICD-10: Z56)
4. Atypische familiäre Situation (ICD-10: Z60.1)

Es seien Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung vorhanden. Bereits im Jahre 2000 habe eine neurotisierte Persönlichkeit festgestellt werden können. Es sei schwierig, die Persönlichkeitsstörung präzise zu beschreiben, da diverse Verhaltensstörungen zu beobachten seien. Die von dritter Seite angeführte posttraumatische Belastungsstörung könne nicht diagnostiziert werden. Es könne am ehesten die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung gestellt werden. Anderweitige psychische Störungen seien nicht aufgetreten. Angesichts des weitgehend stabilen gesundheitlichen Zustandes, zumindest auf psychiatrischem Gebiet, könne weiterhin von einer etwa 50-prozentigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (Vorakten S. 139 ff.).

cc) Gestützt auf diese beiden Gutachten kam der RAD-Arzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, am 12. Oktober 2006 zum Schluss, dass der Beschwerdeführer für leichte körperliche Arbeiten weiterhin zu 50 Prozent arbeitsfähig sei. Die Beeinträchtigung auf der psychisch-geistigen Ebene sei unverändert. An der seit Jahren bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent habe sich nichts geändert (Vorakten S. 333 f.).

In seinem Bericht vom 19. März 2007 hielt das G. _____ fest, dass der Beschwerdeführer eine stationäre Behandlung seiner Hautulcera an den Beinen und anschliessend einen

längerdauernden stationären Drogenentzug/Benzodiazepinentzug benötige (Vorakten S. 363 ff.). Es bestehe eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit (Vorakten S. 358).

Der Wundpfleger H. _____ beschrieb in seinem Rapport vom 21. Juli 2007 den Zustand des Beschwerdeführers wie folgt: *Le recourant présente un syndrome de „botte scléreuse“ au niveau des deux membres inférieurs. Cette affection prétérite sensiblement la circulation sanguine et lymphatique au niveau dermique et hypodermique, les causes les plus fréquentes sont l'apparition d'abcès, d'ulcération et de douleurs importantes à la mobilisation. En date du 19 juillet 2007: Etat général diminué, faiblesse importante, inappétence, présence d'un kyste sacro-coccygien avec écoulement purulent, l'altération tissulaire n'est pas préoccupante actuellement. Présence au niveau du membre inférieur gauche de 3 ulcères dermiques et d'indurations importantes au niveau distal de la cuisse. Le membre inférieur droit présente actuellement deux ulcères en voie d'épithélisation. La phase de cicatrisation a toujours été longue chez le recourant, ceci au vu de sa pathologie primaire. Depuis début juin une péjoration est apparue, principalement au niveau du membre inférieur gauche. L'apparition de complications est paroxystique tous les 3 mois environ, ceci sans cause externe apparente, le recourant demande une surveillance et un suivi régulier afin d'anticiper d'éventuelles complications voir traiter ces dernières le plus rapidement possible* (Vorakten S. 502).

In der Folge wurde das Dossier ein weiteres Mal dem RAD-Arzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, unterbreitet, welcher den Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 19. Juli 2007 für eine leichte körperliche, vorwiegend sitzende und intellektuell wenig anspruchsvolle Tätigkeit für 50 Prozent arbeitsfähig hielt. Der Beschwerdeführer gefährde sich durch die Polytoxikomanie und die prekäre Situation seiner Beine weiterhin. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen (Vorakten S. 374 f.).

dd) Gestützt auf diese medizinischen Unterlagen wies die Vorinstanz das Revisionsgesuch vom 22. Oktober 2004 ab. Sie erwog, gemäss dem Ergebnis der angeordneten spezialärztlichen Begutachtungen und der Berichte des RAD habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht verschlechtert. Es bestehe weiterhin eine Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von 50 Prozent, welche Anspruch auf die bisherige (halbe) Invalidenrente gebe (Vorakten S. 379 f.).

b) Die nunmehr im vorliegenden Beschwerdeverfahren angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 27. September 2012 basiert auf der folgenden medizinischen Sachlage:

aa) Am 18. August 2009 bescheinigte das G. _____, dass der Beschwerdeführer unter massiven physischen und psychischen Beschwerden leide. Es bestehe unter anderem auch eine Charakterpathologie, welche ein normales Funktionieren deutlich einschränke. Unter anderem seien damit auch Bereiche wie Zuverlässigkeit, Organisation des Alltages klar eingeschränkt. Seine physischen Beschwerden würden seine psychischen Probleme zudem verschärfen. Der Beschwerdeführer sei nur im geschützten Arbeitsbereich teilzeitlich einsetzbar (Vorakten S. 415).

In seinem Brief vom 6. Oktober 2009 an den ehemaligen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers schreibt der Wundpfleger H. _____ das Folgende: *J'ai débuté la prise en charge du patient en date du 30 mars 2007, pour la prise en charge de plusieurs ulcères de type lymphatique avec impossibilité de cicatrisation. Ces ulcères sont la conséquence d'une botte scléreuse voir une sclérodermite, empêchant un processus de cicatrisation normal, ceci au niveau des deux membres inférieurs. Cette situation est chronique et paroxystique, empêchant le patient de pouvoir marcher. Environ 3 à 4 mois par an le nombre d'ulcères diminue et permet une mobilité réduite sans trop de douleur. Si le patient marche trop, nous observons rapidement l'apparition de lésions cutanées*

douloureuses. Selon le dermatologue cette affection est chronique et seule une contention peu limiter les lésions d'ordre lymphatique et veineuse (Vorakten S. 417 f.).

Am 15. Februar 2010 berichtete Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auf psychiatrischem Gebiet seit Mai 2009 verschlechtert habe. Es sei zu einer psychischen Reaktion/Entwicklung gekommen, die der im DSM-IV beschriebenen posttraumatischen Belastungsstörung am nächsten komme. Das Bild sei chronisch (Beschwerdebeilage 3).

Im Arztbericht vom 18. Mai 2010 stellte Dr. med. J. _____, Facharzt für Dermatologie FMH, die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches Lip-/Lymphödem, postthrombotisches Syndrom sowie St.n. Polytoxikomanie (Vorakten S. 457). Dazu führte er aus, der Beschwerdeführer leide unter ausgeprägten trophischen Störungen der unteren Extremitäten, zurückzuführen auf erhebliche Veränderungen des lymphatischen und venösen Systems mit chronisch rezidivierenden auftretenden Hautläsionen. Trotz regelmässiger Wundpflege dauere es jeweils zwei bis drei Monate, bis sich die Ulzerationen wieder schliessen. Aus dermatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit mit einem Beschäftigungsgrad von 10 bis 40 Prozent nachzugehen, sofern die Tätigkeit mit seinen gesundheitlichen Problemen vereinbar sei. Bei der Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit müsse jedoch auch der komplexen psychischen Störung Rechnung getragen werden (Vorakten S. 414).

Am 2. Juli 2010 stellte das G. _____ die folgenden Diagnosen: Kombinierte Persönlichkeitsstörung bei einer emotional labilen Persönlichkeit vom Borderline-Typ (ICD-10: F60.31), dauerhafte Persönlichkeitsveränderung nach Katastrophenerlebnis (ICD-10: F62.0), mentale und Verhaltensbeeinträchtigung bei Opiatabhängigkeit und aktueller Substitution (ICD-10: F11.22), mentale und Verhaltensbeeinträchtigung bei Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10: F13.25), Probleme mit Bezug auf die Lebensführung (ICD-10: Z72) (Vorakten S. 464).

Am 6. August 2010 stellte Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Posttraumatische Belastungsstörung (DSM-IV 309.81) sowie somatische Störungen. Der Beschwerdeführer habe diverse psychische und physische Traumata in den Kriegswirren seiner Heimat erlitten und bisher keinerlei Aufarbeitungsmöglichkeit gehabt. Er leide unter massivem Hyperarousal, Flashbacks mit Ängsten, massiven Ängsten um seine physische Integrität, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, „numbing“, was sich negativ auf die Aufmerksamkeit, Konzentration und Frustrationstoleranz auswirke. Das offenbar unbedingt notwendige Verdrängen gelinge kaum, ebenso wenig das Aufarbeiten. Der Beschwerdeführer sei seit dem Jahr 2008 bis heute zu etwa 80 Prozent arbeitsunfähig (Vorakten S. 462 ff.).

Am 18. Februar 2011 bestätigte Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Drogensucht seit dem 26. Oktober 2010 im Psychosomatischen Zentrum behandelt werde. Aktuell betrage seine Arbeitsunfähigkeit 100 Prozent (Vorakten S. 477). Am 20. Juli 2011 stellte Dr. med. K. _____ die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: emotional labile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10: F60.30) (DD: anhaltende Persönlichkeitsveränderung (ICD-10: F60.0), rezidivierende depressive Episoden, aktuell in Remission (ICD-10: F33.4), persistierende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), Status nach mehreren selbstinduzierten Läsionen (ICD-10: X83), postthrombotisches Syndrom der unteren Extremitäten, chronische Hepatitis C. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden genannt: Opiatabhängigkeit (ICD-10: F11.22), Sedativa-Abhängigkeit (ICD-10: F13.22). Es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (Vorakten S. 509 ff.).

bb) Am 8. Juli 2011 gab die Vorinstanz eine interdisziplinäre Abklärung in Auftrag. In der Folge wurde der Beschwerdeführer internistisch, psychiatrisch, angiologisch und dermatologisch untersucht. Die interdisziplinäre Konsensbesprechung fand am 19. Januar 2012 statt (Vorakten S. 587). Das Gutachten datiert vom 3. April 2012 (Vorakten S. 589 ff.).

Im Gutachten werden die folgenden Diagnosen gestellt (Vorakten S. 565 f.):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) (DD: Schizotype Störung [ICD-10: F22.0])
 - mit Anteilen einer dissozialen, emotional instabilen Borderline-Typ, paranoiden Persönlichkeitsstörung
 - mit Merkmalen einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
 - bei Problemen im Kindes- und Jugendalter (ICD-10: Z61)
 - DD mit potenziellen Faktoren, die eine organisch bedingte Beeinflussung dieser Störung verursachen
 - bestehend seit Jugend
2. Sekundäre Opiatabhängigkeit (ICD-10: F11.22)
 - in ärztlicher Substitutionsbehandlung mit Methadon
 - ohne arbeitsfähigkeitstangierendem Beigebrauch
 - bestehend seit 1994
3. Sekundäre Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10: F13.22)
 - aktuell ärztlich verordnetes Benzodiazepin
 - ohne arbeitsfähigkeitstangierendem Beigebrauch
 - seit ca. 1995
4. Chronisch venöse Insuffizienz im Stadium III nach Widmer beidseits
 - floride Ulcera cruris rechtsbetont bei sekundärer Stammvarikose der V. saphena magna und postthrombotischem Syndrom nach rezidivierenden tiefen Beinvenenthrombosen, aktenanamnestisch erstmals 2004 mit Einbezug der V. femoralis communis
 - sekundäres ausgeprägtes Lymphödem, aggraviert durch rezidivierende Erysipele, mögliche Eintrittspforten: Ulcera, bei stattgehabtem intravenösem Drogenabusus, Interdigitalmykose
5. Karpaltunnelsyndrom links (DD: am ehesten druckbedingt bei Gehen am Gehstock)

Weitere Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Selbstinduzierte Läsionen an den Unterschenkeln beidseits
2. Nikotinabhängigkeit (ICD-10: F17.25)
3. St.n. sekundärer Abhängigkeit von Alkohol (ICD-10: F20.20)
 - gegenwärtig moderate use, nicht arbeitsfähigkeitstangierend
 - ca. 2006 – 2007
4. St.n. Hepatitis B und C

Aus somatischer Sicht könne beim Beschwerdeführer die Diagnose einer chronisch venösen Insuffizienz Stadium III gestellt werden mit floriden Ulzera im Bereich beider Beine rechtsbetont. Diese Läsionen seien gemäss aktueller dermatologischer Beurteilung selbst induziert. Der chronisch venösen Insuffizienz zugrunde liege ein postthrombotisches Syndrom bei beidseits verschlossenen V. femoralis communes, gleichzeitig bestehe ein erhebliches Lymphödem, welches durch eine fehlende Kompressionstherapie sowie rezidivierende Infekte aggraviert werde.

Aus angiologischer Sicht bestehe für eine wechselbelastende Tätigkeit ohne längeres Stehen eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent. Da die Hautläsionen an den Unterschenkeln beidseits selbst induziert seien, werde die hierdurch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit unter der psychiatrischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit subsummiert.

Für die Gefühllosigkeit von Dig I-IV der linken Hand zeichne sich am ehesten ein Karpaltunnelsyndrom verantwortlich, welches möglicherweise durch das Gehen an Gehstöcken exazerbiert sei. Es bestehe im Bereiche dieser Finger jedoch keine Schmerzproblematik, sondern lediglich eine Gefühlsstörung, so dass durch die verminderte Sensibilität in den Dig I-IV der linken Hand lediglich eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in dem Sinne resultiere, dass feinmotorische Tätigkeiten der linken Hand dem Beschwerdeführer nicht zumutbar seien. Labormässig würden ein St.n. Hepatitis B und C ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehen.

Aus psychiatrischer Sicht könnten die Diagnosen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit Anteil einer dissozialen, emotional instabilen Borderline-Typ, paranoiden Persönlichkeitsstörung, einer sekundären Opiat- und Benzodiazepinabhängigkeit gestellt werden. Während der gesamten Kindheit und Jugendzeit des Beschwerdeführers sei es repetitiv zu körperlichen und seelischen Misshandlungen gekommen, auf deren Boden sich eine kombinierte Persönlichkeitsstörung entwickelt habe. Der Konsum psychotroper Substanzen habe sich vor dem Hintergrund dieser Persönlichkeitsstörung entwickelt. Beim Beschwerdeführer bestehe eine erhebliche Verlangsamung des Denkens, eine verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, ein Gedankenkreisen, wobei die Verlangsamung am ehesten auf eine kumulative Wirkung aller verschriebenen Substanzen und Langzeitschäden eines jahrelangen Drogenkonsums zurückgeführt werden könne. Aus psychiatrischer Sicht bestehe für sämtliche Tätigkeiten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent.

In der interdisziplinären Konsensbesprechung kamen die beteiligten Gutachter zum Schluss, dass die somatischerseits und psychiatrischerseits attestierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nicht additiv wirksam würden, da die somatischerseits attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent lediglich zur Möglichkeit der Hochlagerung der Beine, Entlastungstherapie und Wundpflege diene. Aus psychiatrischer Sicht erlaube die beim Beschwerdeführer bestehende Verlangsamung des Denkens, die verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit und das Gedankenkreisen ebenfalls eine 50-prozentige Arbeitsfähigkeit. Aus gesamtmedizinischer Sicht bestehe für sämtliche wechselbelastende Tätigkeiten ohne feinmotorische Anforderungen an die linke Hand, ohne Notwendigkeit eines stresserzeugenden Verkehrs mit Kunden/innen und Kollegen/innen, für Tätigkeiten ohne Sturzgefahr oder an gefährlichen Maschinen eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent. Die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, wonach ihm keine Arbeitsfähigkeit mehr zumutbar sei, könne aus gutachterlicher Sicht nicht bestätigt werden. Aus psychiatrischer Sicht sei es dem Beschwerdeführer zuzumuten, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um in einer dem körperlichen Leiden entsprechend adaptierten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent in die Realität umzusetzen.

Der Beschwerdeführer sei für sämtliche körperlich eher leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten mit Wechsel von Sitzen und Gehen, ohne Ansprüche an die Feinmotorik der linken Hand, ohne Aufgaben in sturzgefährdender Höhe oder an gefährlichen Maschinen zu 50 Prozent arbeitsfähig, wobei ihm bei erhöhter Präsenzdauer die Möglichkeit dazu gegeben werden sollte, die Beine zwischendurch hoch zu lagern und regelmässig Pausen einzuschalten. Idealerweise sollte der Beschwerdeführer jeweils nach 30 Minuten arbeiten eine 10-minütige Pause einschalten können, so dass bei einer zumutbaren Präsenzdauer von 5 Stunden und 20 Minuten eine effektive

Arbeitszeit von 4 Stunden pro Tag resultiere. Körperlich stehende oder rein sitzende Tätigkeiten seien ihm nicht zuzumuten.

Aufgrund der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers und der zur Verfügung stehenden Dokumentation könne davon ausgegangen werden, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache im Jahr 1992 nicht rentenrelevant verändert habe (Vorakten S. 563 f.).

cc) In seinem Bericht vom 22. August 2012 attestierte Dr. med. K._____ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 Prozent; diese dauere seit dem 26. Oktober 2010 bis zum heutigen Datum an (Vorakten S. 606).

Mit Bericht vom 27. Oktober 2012 weist der behandelnde Wundpfleger H._____ auf die Verstärkung der Sklerodermie hin: *Au cours de la période de 5 ans, le patient a présenté de manière continuée des ulcères aigus au niveau de ses deux membres inférieurs, souvent associés à d'importants abcès touchant toutes les couches cutanées, soit jusqu'au niveau hypodermique. Cette pathologie invalidante présente une chronicité et demande un suivi très poussé, au vu des importants risques infectieux. Le patient a également présenté très régulièrement des épisodes d'érysipèle demandant une antibiothérapie. Ces épisodes très algiques sont redoutés par le patient et même avec des soins adaptés le risque zéro ne peut exister. Depuis environ deux ans, le patient présente une péjoration de cette affection principalement au niveau de ses cuisses. L'apparition rapide d'ulcère accompagné de nécrose peut atteindre 8 cm de diamètre sur 3 à 4 cm de profondeur. A chaque apparition de lésion soit une importante induration associée ou non à une nécrose démontre une avascularisation du derme. Ces lésions aigues (pouvant survenir en moins de 24 heures) sont provoquées par de longues stations debout ou/et de marche. Les déplacements du patient sont particulièrement préférités, ces derniers diminuent sensiblement la microcirculation cutanée. Par moment, les douleurs lui interdisent la marche hors du domicile, ceci contra sa propre volonté. Il est également observable que le patient ne peut rester assis plus de 30 minutes sans bouger* (Beschwerdebeilage 7).

Am 30. Oktober 2012 nahm Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zum Gutachten Stellung. Die in der Expertise aufgeführte Diagnose (kombinierte Persönlichkeitsstörung) und seine Diagnose betreffend die Affektivstörung und das kognitive Defizit seien ausreichend für eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Die vom Gutachter erwähnte fortgeschrittenen Chronifizierung und die fragliche Prognose würden im Widerspruch stehen zu der von ihm erwähnten Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent. Der Gutachter lasse alles vom „guten Willen“ des Beschwerdeführers abhängen. Auch mit „gutem Willen“ seitens des Beschwerdeführers sei es unrealistisch, dass er in seinem heutigen Zustand eine Aktivität ausübe. Dazu komme die Verschlechterung der somatischen Beschwerden. Der aktuelle allgemeine Zustand des Beschwerdeführers sei seit mehreren Monaten sehr instabil. Aus psychiatrischer und medizinischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 Prozent arbeitsunfähig (Beschwerdebeilage 9).

4. Vorab ist generell festzuhalten, dass sich das interdisziplinäre Gutachten vom 3. April 2012 auf insgesamt vier Explorationen (internistisch, psychiatrisch, angiologisch und dermatologisch) sowie auf das den Gutachtern zur Verfügung gestellte Dossier mit sämtlichen bisherigen ärztlichen Zeugnissen stützt. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und ist in der Beurteilung der medizinischen Situation sowie der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend. Es kann deshalb ohne weiteres darauf abgestellt werden.

a) Was die psychische Gesundheitsbeeinträchtigung des Beschwerdeführers anbelangt, so hat sich die Diagnose seit der letzten abweisenden materiell-rechtlichen Verfügung vom 24. August 2007 nicht verändert. Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ging in seinem Gutachten vom 7. September 2006 von einer Polytoxikomanie, gegenwärtig weitgehend abstinenter unter ärztlich überwachtem Ersatzdrogenprogramm (ICD-10: F11.22), und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) aus (Vorakten S. 140). Auch die B. _____ stellte in ihrem Gutachten vom 3. April 2012 die Diagnosen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0), sekundären Opiatabhängigkeit (ICD-10: F11.22) sowie sekundären Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10: F13.22) (Vorakten S. 565). Bestätigt wurden diese Diagnosen ausserdem vom RAD-Arzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Vorakten S. 333 und 374) und vom G. _____ (Vorakten S. 464). Der Experte der B. _____ hielt in seinem Gutachten hierzu fest, dass relevante Diskrepanzen im Vergleich zu früheren fachpsychiatrischen Beurteilungen nicht vorliegen würden. Alle Gutachter und Berichterstatter seien sich einig, dass eine Persönlichkeitsstörung vorliege. Aufgrund der Vielfalt aller Symptome lasse sich eine singuläre spezifische Persönlichkeitsstörung nicht eindeutig diagnostizieren. Eine gemischte Persönlichkeitsstörung erscheine am sinnvollsten, da keine Persönlichkeitsstörung eindeutig vorherrsche, diese Diagnose sei bereits im Bericht des G. _____ und von Dr. med. K. _____ in der Diagnosenliste aufgeführt. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne nicht diagnostiziert werden, da nach ICD-10 ein chronischer Verlauf einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Jahren in eine anhaltende Persönlichkeitsänderung F62 übergehe. Diese Diagnose sei bereits gestellt oder differentialdiagnostisch subsumiert worden (Vorakten S. 537). Auch Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, verneinte das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung mit der Begründung, gemäss ICD-10 sei die Dauer dieser Störung auf zwei Jahre beschränkt (Vorakten S. 139).

Was die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychischen Gründen anbelangt, so ging der Gutachter der B. _____ von einer solchen von 50 Prozent aus. Er führte hierzu aus, der Beschwerdeführer sei sicher nicht voll arbeitsfähig. Dennoch schaffe er es, seine Bussen jeweils in Form von gemeinnütziger Arbeit abzarbeiten und damit Gefängnisaufenthalte zu vermeiden. Da praktisch nie eine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt stattgefunden habe, könne die Frage der Arbeitsfähigkeit (noch) nicht abschliessend beantwortet werden, der Gutachter sei jedoch der Überzeugung, dass Ressourcen vorhanden seien und dass eine 50-prozentige Anstellung als Bürohilfe und in allen Verweistätigkeiten aus rein psychiatrischer Sicht möglich sein sollte. Es bestehe jedoch eine reduzierte Fähigkeit, zielgerichtete Aktivitäten über längere Zeit aufrecht zu erhalten. Dies sei bedingt durch die leicht vorhandenen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Der Beschwerdeführer müsse für die Arbeit eine gewisse Willensanstrengung vollbringen und ermüde rascher. Er arbeite auch langsamer und benötige vermehrt Pausen, beispielsweise 10 Minuten Pause nach 30 Minuten Arbeit (Vorakten S. 537 f.).

Eine höhere Arbeitsunfähigkeit von etwa 80 Prozent wurde dem Beschwerdeführer von Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, attestiert, wobei dieser aber von einer anderen Diagnose (posttraumatische Belastungsstörung) ausging, welche weder von Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, noch vom Gutachter der B. _____ bestätigt wurde; auf die aus dieser Diagnose resultierende Arbeitsunfähigkeit kann deshalb nicht abgestellt werden. Das G. _____ wiederum attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 Prozent. Diesbezüglich fällt auf, dass das G. _____ bereits vor der letzten materiell-rechtlichen Verfügung vom 24. August 2007 von einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 100 Prozent ausging, was in der Folge aber gutachterlich nicht bestätigt

wurde. Kommt hinzu, dass das G._____ den Beschwerdeführer nunmehr seit Jahren medizinisch betreut und ihm aufgrund dessen bei der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit nicht dieselbe Objektivität zukommt wie dem begutachtenden Experten.

Schliesslich attestierte auch Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dem Beschwerdeführer wiederholt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 Prozent. Er führte aus, die in der Expertise aufgeführte Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung sowie seine Diagnose betreffend die Affektivstörung und das kognitive Defizit seien ausreichend für eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Dabei verkennt er, dass alleine aus einer Diagnose noch nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Exploranden geschlossen werden kann; vielmehr kommt es auf das konkrete Ausmass der Beeinträchtigung an, welches von Explorand zu Explorand erheblich variieren kann. Der Einwand, die vom Gutachter erwähnte fortgeschrittene Chronifizierung und die fragliche Prognose würden im Widerspruch zur attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent stehen, ist aus demselben Grund nicht haltbar. Insgesamt ist festzustellen, dass Dr. med. K._____ keine Argumente vorbringt, welche das interdisziplinäre Gutachten zu entkräften vermögen. Kommt hinzu, dass es sich auch bei Dr. med. K._____ um einen behandelnden Arzt des Beschwerdeführers handelt; aufgrund seiner auftragsrechtlichen Stellung kann seiner Meinung nicht dieselbe Beweiskraft zukommen wie jener eines begutachtenden Experten, welcher eine neutrale Position einnimmt.

Damit kann festgehalten werden, dass die psychische Beeinträchtigung des Gesuchstellers seit der letzten materiell-rechtlichen Verfügung vom 24. August 2007 keine massgebliche Verschlechterung erfahren hat. Es ist von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, einer sekundären Opiat-abhängigkeit und einer sekundären Benzodiazepinabhängigkeit sowie einer Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen von 50 Prozent auszugehen.

b) Was die somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers anbelangt, so stellt sich die Situation anders dar: Zum Zeitpunkt der letzten materiell-rechtlichen Verfügung vom 24. August 2007 litt der Beschwerdeführer unter einem postthrombotischen Syndrom im Bereich der unteren Extremitäten mit rezidivierenden Ulzerationen; in seinem Gutachten vom 7. September 2006 kam das D._____, Klinik und Poliklinik für Angiologie, zum Schluss, dass mit regelrechter Kompressionstherapie und Kurzzugverband, Lymphdrainage bis zur kompletten Abschwellung und nachher konsequentem Tragen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II bis zum Kniegelenk nach Abheilung der Ulzerationen eine 100-prozentige Arbeitsfähigkeit aus angiologischer Sicht möglich sein sollte (Vorakten S. 314). Seither hat sich die Situation zunehmend verschlechtert, was auch vom behandelnden Wundpfleger H._____ beschrieben wird. Entsprechend kam der Gutachter der B._____ in seiner angiologischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aufgrund der bestehenden offenen Läsionen und nicht abheilenden Wunden mit rezidivierenden Infekten in seiner bisherigen Tätigkeit zu maximal 50 Prozent arbeitsfähig sei.

Zum Arztbericht von Dr. med. J._____, Facharzt für Dermatologie FMH, welcher dem Beschwerdeführer aufgrund des diagnostizierten chronischen Lip-/Lymphödems, des postthrombotischen Syndroms sowie des St.n. Polytoxikomanie eine Arbeitsfähigkeit von 10 bis 40 Prozent attestiert, ist darauf hinzuweisen, dass die Hautläsionen nicht durch ein primär dermatologisches Krankheitsbild bedingt sind. Zur Beantwortung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers kann deshalb nicht auf die Einschätzung eines Dermatologen abgestützt werden.

c) Ausgehend von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent aus psychischer Sicht sowie einer solchen von 50 Prozent aus angiologischer Sicht kamen die beteiligten Gutachter der

B._____ anlässlich der interdisziplinären Konsensbesprechung vom 19. Januar 2012 zum Schluss, dass die somatischerseits und psychiatrischerseits attestierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nicht additiv wirksam würden, da die somatischerseits attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent lediglich zur Möglichkeit der Hochlagerung der Beine, Entlastungstherapie und Wundpflege diene. Aus psychiatrischer Sicht erlaube die beim Beschwerdeführer bestehende Verlangsamung des Denkens, die verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit und das Gedankenkreisen ebenfalls eine 50-prozentige Arbeitsfähigkeit (Vorakten S. 563). Dies ist durchaus überzeugend und einleuchtend, kann doch der Beschwerdeführer während der Pausen, welche er aus psychischen Gründen benötigt, weil er aufgrund der leicht vorhandenen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie der erhöhten Willensanstrengung rascher ermüdet, zeitgleich seine Beine hochlagern oder sich seiner Wundpflege widmen.

d) Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer und angiologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent besteht. Insoweit ist die angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 27. September 2012 nicht zu beanstanden.

5. Vorliegend hat die Vorinstanz, obschon sie auf das Revisionsgesuch eingetreten ist, den Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers nicht neu ermittelt, was zu beanstanden ist. Da sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten materiell-rechtlichen Verfügung vom 24. August 2007 zwar nicht in psychiatrischer, hingegen in angiologischer Hinsicht verschlechtert hat, wäre der Invaliditätsgrad neu zu ermitteln gewesen. Die Angelegenheit ist deshalb an die Vorinstanz zurückzuweisen (vgl. BGE 137 V 210, E. 4.4.1.4), damit sie den Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers neu ermittelt, wobei sie der Verschlechterung des Gesundheitszustandes angemessen Rechnung zu tragen und zu prüfen hat, inwieweit aufgrund der doch erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers und deren Natur ein auf höchstens 25 Prozent begrenzter Leidensabzug von dem nach dem Tabellenlohn zu ermittelnden Invalideneinkommen gerechtfertigt ist (BGE 135 V 297, E. 5.2; 134 V 322, E. 5.2 mit Hinweis auf BGE 126 V 75). Insbesondere gilt es zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung eine regelmässige und erhebliche Hilfe in den Bereichen Körperpflege und Fortbewegung/Kontaktpflege (vgl. Vorakten S. 483) benötigt, weshalb er eine Entschädigung wegen leichter Hilflosigkeit mit Aufenthalt zu Hause erhält. Da der Beschwerdeführer zusätzlich aufgrund seiner Drogensucht keine Berufsausbildung abschliessen konnte und auch nie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeitstätig war, ist anzunehmen, dass er seine trotz des Gesundheitsschadens verbleibende Leistungsfähigkeit wenn überhaupt, so doch nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten können.

6. Die Beschwerde ist teilweise gutzuheissen, die angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 27. September 2012 aufzuheben und die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese den IV-Grad des Beschwerdeführers neu ermittelt.

7. Der Rechtsbeiständin ist angesichts des getätigten Aufwandes (zweifacher Schriftenwechsel) sowie der Komplexität der Angelegenheit im Umfang des teilweisen Obsiegens eine Parteientschädigung, inklusive der Auslagen, von 2'021.20 Franken zulasten der Vorinstanz zuzusprechen. Zu diesem Betrag kommt die Mehrwertsteuer in der Höhe von 161.70 Franken (8 Prozent von 2'021.20 Franken).

Angesichts der mit Verfügung vom 27. Mai 2013 gewährten vollständigen unentgeltlichen Rechtspflege ist der Rechtsbeiständin im Umfang des teilweisen Unterliegens eine Entschädigung von 1'589.70 Franken, zuzüglich der Mehrwertsteuer von 127.20 Franken, zuzusprechen. Diese Entschädigung ist vom Staat zu übernehmen.

Die Gerichtskosten sind auf 800 Franken festzusetzen und zu einem Betrag von 400 Franken der IV-Stelle aufzuerlegen. Aufgrund der dem Beschwerdeführer gewährten vollständigen unentgeltlichen Rechtspflege sind von ihm keine Gerichtskosten zu erheben.

Der Hof erkennt:

I. Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen.

Die angefochtene Verfügung vom 27. September 2012 wird aufgehoben und die Angelegenheit zur Durchführung des Einkommensvergleiches und Neuentscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen.

II. A. _____ wird zulasten der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg eine Parteientschädigung für Honorar und Auslagen der Rechtsbeiständin von 2'021.20 Franken, zuzüglich der Mehrwertsteuer von 161.70 Franken (8 Prozent von 2'021.20 Franken), zugesprochen.

III. Rechtsanwältin Nathalie Weber-Braune wird im Rahmen der gewährten vollständigen unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 27. Mai 2013) eine Entschädigung, inklusive der Auslagen, von 1'589.70 Franken, zuzüglich des Betrages der Mehrwertsteuer von 127.20 Franken (8 Prozent von 1'589.70 Franken), zugesprochen. Diese ist vom Staat zu übernehmen.

IV. Die Gerichtskosten werden auf 800 Franken festgesetzt. Sie gehen zu einem Betrag von 400 Franken zu Lasten der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg. Der Restbetrag von 400 Franken wird A. _____ auferlegt, aber aufgrund der gewährten vollständigen unentgeltlichen Rechtspflege nicht erhoben.

V. Zustellung.

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig.

Freiburg, 22. Juni 2015/dki

Präsident

Gerichtsschreiberin-Berichterstatterin