

GL_GERICHTE GL-971 vom 28. Januar 2015

GL Gerichte, 2015-01-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_GL-971

FR: GL_GERICHTE GL-971 du 28 janvier 2015

IT: GL_GERICHTE GL-971 del 28 gennaio 2015

Erwägungen

E. 4

4.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, dass er an Wirbelsäulebeschwerden leide, was aktenkundig sei, dennoch aber vom medizinischen Gutachter nicht abgeklärt worden sei. Daher liege eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vor, weshalb eine neue, umfassende Begutachtung zur Vervollständigung des Sachverhalts durch das Gericht oder aber durch die Beschwerdegegnerin einzuholen sei. Weiter werde im Gutachten nicht dargelegt, weshalb er in angepasster Tätigkeit voll leistungsfähig sein solle, obwohl bei ihm vermehrte Pausenbedürftigkeit und Effizienzeinbussen bestehen würden. Der vermehrten Pausenbedürftigkeit und der Effizienzeinbüsse hätte mit einer Kürzung des Invalideneinkommens Rechnung getragen werden müssen. Zwar werde im Gutachten eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % angenommen, doch sei nicht klar, ob damit der vermehrten Pausenbedürftigkeit und Effizienzeinbüsse Rechnung getragen werde oder ob damit auch der leidensbedingte Abzug abgegolten sei. Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von 25 % im Gutachten widerspreche überdies der ärztlichen Einschätzung des Spitals E. _____, welche davon ausgehe, in einer geeigneten Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 %. Diese Einschätzung beziehe sich überdies auf die Zukunft, woraus folge, dass in der Vergangenheit seit Anmeldung zum Leistungsbezug eine grössere Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Ebenso sei das Valideneinkommen zu tief festgelegt worden, da er nicht nur als Zimmermann, sondern auch als Mitinhaber der Firma erwerbstätig gewesen sei, weshalb das Valideneinkommen zu erhöhen sei. Im Gegensatz dazu sei das Invalideneinkommen unter Verwendung des Vergleichslohns eines Büroassistenten zu hoch festgesetzt worden, denn er sei nicht in der Lage, eine kaufmännische Hilfstätigkeit ganztätig auszuführen, was die in der Vergangenheit erbrachten Büropraktika gezeigt hätten. Stattdessen sei zur Bestimmung des Invalideneinkommens der Tabellenlohn für einfache und repetitive Verweistätigkeiten heranzuziehen. Schliesslich sei ihm ein leidensbedingter Abzug von 25 % zu gewähren, da er insbesondere über eine lange Zeit nicht mehr arbeitstätig gewesen sei, nur noch in fremden Bereichen, in welchen er über keine Berufserfahrung verfüge, arbeitstätig sein könne und aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen im konkreten Arbeitsmarkt über Gebühr benachteiligt sei. Einen leidensbedingten Abzug habe die Beschwerdeführerin ohne Begründung nicht gewährt, weshalb eine Gehörsverletzung vorliege, gestützt worauf der vorinstanzliche Entscheid aufzuheben sei.

4.2 Die Beschwerdegegnerin bringt hingegen vor, das Gutachten vom 18. September 2017 sowie die ergänzenden ärztlichen Abklärungen liessen einen eindeutigen und zweifelsfreien Schluss bezüglich der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers zu. Liege ein Gutachten vor, welches den inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen an eine ärztliche Expertise genüge, seien die Abklärungen nicht weiterzuführen. Stattdessen habe

sie sich insbesondere mit Einholung des polydisziplinären Gutachtens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon überzeugt, dass keine gesundheitliche Beeinträchtigung mit IV-relevanten Auswirkungen vorliege. Überdies seien gemäss Gutachten auch keine beruflichen Massnahmen angezeigt, da diese aufgrund der subjektiven Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, nicht mehr arbeiten zu können, kaum erfolgsversprechend seien. Stattdessen könne gemäss Gutachten der Gesundheitszustand mit einem Wechsel der Medikamentenbehandlung verbessert werden, was auch der RAD bestätige. Überdies seien verschiedene ärztliche Berichte eingeholt worden, insbesondere auch nach Erstellen des Gutachtens, weshalb sie sämtlichen ihr obliegenden Abklärungspflichten nachgekommen sei. Das Valideneinkommen stelle das zuletzt vor Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen dar. Aus dem Handelsregisterauszug des vormaligen Arbeitgebers des Beschwerdeführers ergebe sich, dass dieser nicht als Inhaber tätig gewesen sei, weshalb zu Recht auf das vom Beschwerdeführer zuletzt als Zimmermann erzielte Einkommen abgestellt worden sei. Da der Beschwerdeführer gemäss Gutachten überdies in einer angepassten Tätigkeit zu 75 % vollschichtig arbeitsfähig sei, sei kein leidensbedingter Abzug geschuldet, zumal gemäss Ausführungen im Gutachten und in der Stellungnahme des RAD ein selbstlimitierendes Verhalten des Beschwerdeführers vorliege.

E. 5

5.1 Der Beschwerdeführer befand sich vom 7. bis zum 18. Mai 2012 in stationärer Behandlung im Spital F._____. Dr. med. G._____, Oberarzt, diagnostizierte eine akute Hepatitis B, Aids im Stadium C3, Panzytopenie sowie eine Niereninsuffizienz. Nach einer notfallmässigen Behandlung habe der Beschwerdeführer am 18. Mai 2012 bereits zur weiteren ambulanten Behandlung entlassen werden können, da dieser sehr gut auf die gewählte medikamentöse Therapie angesprochen habe. Dr. med. H._____, Leitender Arzt Infektiologie/Spitalhygiene Spital I._____, diagnostizierte im Bericht vom 25. Juni 2012 eine HIV-Infektion im Stadium B3 sowie eine akute Hepatitis B. Anlässlich der durchgeführten Kontrolle habe sich gezeigt, dass sich die Leuko- und Thrombopenie sowie die Leberwerte in der Zwischenzeit aufgrund der gewählten Behandlung weitgehend normalisiert hätten. Auch die virologischen Untersuchungen zeigten ein sehr gutes Ansprechen auf die Behandlung mit starkem Rückgang der Virämen. Da es aber zu einer deutlichen Anämie gekommen sei, sei die medikamentöse Behandlung anzupassen. Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, stellte am 25. Juni 2012 ein ärztliches Zeugnis aus, welches den Beschwerdeführer vom 7. Mai 2012 bis auf Weiteres für die bisher ausgeübte Tätigkeit arbeitsunfähig schrieb. Mit ärztlichem Zeugnis vom 28. Dezember 2012 attestierte Dr. J._____ dem Beschwerdeführer von 7. Mai 2012 bis 5. August 2012 eine volle Arbeitsunfähigkeit für die bisher ausgeübte Tätigkeit, ab 6. August 2012 bis auf Weiteres bestehe noch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit.

5.2 Dr. H._____ ergänzte am 19. März 2013 seine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zusätzlich mit depressiven Episoden. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden Lues II und ein Vitamin D Mangel genannt. Die HI- wie auch die BI-Virämie seien nach einigen Monaten unter die Nachweisgrenze gesunken, in den letzten Messungen seien die HI-Viren in einem tiefen Bereich aber wieder nachweisbar gewesen. Noch kaum erholt habe sich die zelluläre Immunität, was aber im jetzigen Zeitpunkt nicht aussergewöhnlich sei. Der Beschwerdeführer sei vom 7. Mai 2012 bis 5. August 2012 zu 100 % arbeitsunfähig, ab 6. August 2012 bis auf Weiteres bestehe eine

50%ige Arbeitsunfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers sei medizinisch noch zumutbar, bei leichter körperlicher Anstrengung ganztags und bei strenger Arbeit halbtags, da der Beschwerdeführer bei einer körperlich anspruchsvolleren Arbeit nach rund fünf Stunden völlig erschöpft sei. Dr. J. _____ führte am 2. September 2013 aus, am Bericht von Dr. H. _____ vom 19. März 2013 habe sich nichts verändert.

5.3 Im ärztlichen Bericht vom 31. August 2015 hielt Dr. H. _____ fest, aufgrund der kombinierten medikamentösen Behandlung sei seit Sommer 2012 die Virusmenge im Blut vollständig unterdrückt und das Immunsystem habe sich recht gut erholt. Dennoch bestehe wegen der festgestellten Helferzahlzellen eine gewisse Einschränkung. Der Allgemeinzustand habe sich verbessert, eine gewisse Leistungsintoleranz sei aber geblieben. Die Arbeitsunfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf betrage seit 6. August 2012 bis auf Weiteres 50 %. Halbtags seien körperlich nicht sehr strenge und geistig nicht allzu anspruchsvolle Arbeiten durchführbar. Der Beschwerdeführer klage insbesondere über eine vermehrte Müdigkeit und Leistungsintoleranz, welche sich namentlich dann bemerkbar mache, wenn er zur Schule gehe und nachmittags noch Büroarbeiten zu erledigen habe. Nicht bekannt sei ihm, Dr. H. _____, wie die Arbeit des Beschwerdeführers in der Schule und vor allem nachmittags anlässlich der praktischen Tätigkeit sei. Möglicherweise sei eine neuropsychologische Testung sinnvoll, da gestützt auf den körperlichen Untersuch sowie labormässig keine Ursache für die ausgeprägte Müdigkeit eruiert werden könne. Eine mögliche depressive Komponente könne aber durchaus einen Einfluss auf die verminderte Arbeitsfähigkeit haben.

5.4 Dr. med. K. _____, Fachärztin für Neurologie FMH, kam in ihrem ärztlichen Bericht vom 14. März 2016 zum Schluss, dass sich die Beinbeschwerden des Beschwerdeführers nicht objektivieren liessen. Sie finde trotz dem langen Verlauf kein neurologisches Korrelat für die beschriebene Symptomatik, zumal auch das am 13. Januar 2016 durchgeführte MRI keinen Nachweis einer Myelitis/Myelopathie bei kompletter Regredienz der vorbeschriebenen Myelonbefunde liefere. Ihrer Auffassung nach liege am ehesten eine Dekonditionierung vor, welcher mit einem gezielten Muskelaufbau zu begegnen sei.

5.5 Im ärztlichen Bericht vom 11. August 2016 ergänzte Dr. H. _____ die mit Bericht vom 31. August 2015 ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellte Diagnose mit einer arteriellen Hypertonie. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit betrage die Arbeitsunfähigkeit seit 6. August 2012 bis auf Weiteres 50 %. Weiterhin klage der Beschwerdeführer über starke Müdigkeit und Intoleranz bei ausgeprägter Schwäche in den Beinen, auch habe er Mühe, sich längere Zeit zu konzentrieren. Zur Beantwortung der Frage der Arbeitsfähigkeit sei mit den Begleitpersonen aus dem Arbeitsversuch Rücksprache zu nehmen. Aus medizinischer Sicht sei eine muskuläre Erkrankung unwahrscheinlich, Hinweise auf eine Polyneuropathie hätten die Abklärungen bei Dr. K. _____ keine gegeben. Eine depressive Komponente könne aber durchaus Einfluss auf die verminderte Leistungsfähigkeit haben, weshalb er diesbezüglich weitere Abklärungen empfehle.

5.6 Dr. med. L. _____, Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte im ärztlichen Bericht vom 23. August 2016 eine unklare belastungsabhängige Schwäche der unteren Extremitäten, eine leichte Spinalkanalstenose cervical betont HWK 3-5 sowie eine HIV-Infektion im Stadium B3, jeweils mit Status nach akuter Hepatitis B, Lues II sowie einem Vitamin B12 und D Mangel. Der Beschwerdeführer sei in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit von 1. Januar 2016 bis 17. August 2016 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen, ab 18. August 2016 bis auf Weiteres sei er vollständig arbeitsunfähig. Es liege eine rasche

körperliche und psychische Erschöpfbarkeit wie auch eine verminderte Kraft und Sensibilität in den Extremitäten, vor allem in den Beinen, vor. Dies wirke sich insofern auf die Arbeitsfähigkeit aus, als dass der Beschwerdeführer längere Pausen brauche, seine Konzentration und auch sein zeitliches Pensum eingeschränkt seien, er weder länger stehen noch gehen könne, keine Arbeiten auf unebenem Grund wie auch keine Leiterarbeiten ausführen könne. Die bisher ausgeübte Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, stattdessen könne der Beschwerdeführer maximal 50 % in angepasster Tätigkeit mit ausreichend, selbstbestimmten Pausen, ohne Heben oder Tragen von mittleren Lasten und ohne längeres Stehen oder Gehen tätig sein. Geplant sei eine neurologische Zweitmeinung, auch sei die HIV-Therapie zu überprüfen.

5.7 Dr. med. M._____, Fachärztin FMH für Neurologie, diagnostizierte am 10. Oktober 2016 einen Verdacht auf eine durch HIV 1 assoziierte Myopathie bei einem Status nach Lues II. Sie wies auf die bereits vorgenommene Abklärung der Wirbelsäule sowie des Neurokraniums mittels MRI hin und hielt fest, dass kein eindeutiges Korrelat für die Beinschwäche gefunden worden sei. Daher bat sie um erneute Fallbeurteilung.

E. 5.8

5.8.1 Dr. med. N._____, Allgemeine Innere Medizin FMH und Infektionskrankheiten, und Prof. Dr. med. O._____, leitender Arzt der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des Spitals E._____, diagnostizierten am 15. September 2016 eine Beinschwäche mit unklarer Ätiologie, wobei eine Assoziation mit ART und HIV unwahrscheinlich sei, eine HIV-Infektion im Stadium B3 sowie eine leichte Spinalkanalstenose zervikal-betont HWK III ■ IV jeweils bei einem Status nach Lues II. Ein Zusammenhang der motorischen Schwäche und Ermüdbarkeit des Beschwerdeführers aufgrund der Medikation sei unwahrscheinlich, könne aber nicht ganz ausgeschlossen werden, weshalb ein Medikationswechsel nach Ausschluss anderer Ursachen probatisch in Erwägung zu ziehen sei. In den kürzlich durchgeführten MRI-Untersuchungen seien multiple Protrusionen von Bandscheiben auf verschiedenen Höhen erkannt worden. Eine Myositis erscheine als praktisch ausgeschlossen. Gewisse Autoimmunerkrankungen seien vorstellbar, bedürften aber einer Korrelation von Klinik und Laborbefunden, weshalb der Beschwerdeführer für eine Standortbestimmung an die Klinik für Rheumatologie des Spitals E._____ verwiesen werde.

5.8.2 Gestützt auf eine ambulante Konsultation diagnostizierten Dr. med. P._____, Facharzt für Rheumatologie, und Dr. med. Q._____, Assistenzarzt der Klinik für Rheumatologie des Spitals E._____, im Bericht vom 18. Oktober 2016 eine Arm- und Beinschwäche und Parästhesien und Asthenie unklarer Ätiologie, eine HIV-Infektion im Stadium B3, Lues II sowie weitere Nebendiagnosen. Insbesondere die Ursache der Extremitätenschwäche müsse offengelassen werden. Es liessen sich keine anamnestischen und klinischen Argumente für das Vorliegen einer Myopathie finden, zumal auch der Verlauf und die normwertigen Muskelenzyme dagegen sprächen. Aufgrund des grossen Leidensdrucks werde eine neurologische Beurteilung im Spital E._____ befürwortet.

5.8.3 Im ärztlichen Bericht vom 11. Januar 2017 diagnostizierten Dr. med. R._____, Oberarzt i.V. der Klinik für Neurologie des Spitals E._____, und Dr. med. S._____, Assistenzärztin, einen Verdacht auf eine Myopathie, einen Verdacht auf distal symmetrisch sensibel betonte Neuropathie, einen Verdacht auf das Restless-Legs Syndrom, eine HIV-Infektion im Stadium B3, Lues II, Arterielle Hypertonie, Hyperurikämie und einen

möglichen Folsäuremangel. Es werde eine Behandlung mit Lyrica empfohlen und im Hinblick auf die Myopathie seien ein Ganzkörper-MRI, eine Elektroneuromyographie sowie eine Muskelbiopsie nötig. Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeigten gemäss Einschätzung von Dr. S. _____ vom 6. Februar 2017 der Verdacht auf Myopathie, der Verdacht auf distal symmetrisch sensibel betonte Neuropathie sowie der Verdacht auf das Restless-Legs Syndrom. In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Zimmermann sei der Beschwerdeführer bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig, eine 50%ige Arbeitstätigkeit beispielsweise im Büro sei zukünftig gegebenenfalls möglich.

5.8.4 Auf Nachfrage der IV-Stelle hin wiesen Dr. med. T. _____, Assistenzarzt, und Dr. R. _____ am 3. April 2017 darauf hin, dass die angegebenen Beschwerden schwierig zu objektivieren seien, wobei die bislang erhobenen Befunde eine Myopathie nicht ausschliessen würden. Die angegebene Ermüdbarkeit der Muskulatur habe aber Auswirkungen auf die Dauerleistungsfähigkeit des Beschwerdeführers, wobei von quantitativen und nicht von qualitativen Einschränkungen auszugehen sei.

5.8.5 Gemäss ärztlichem Bericht von Dr. R. _____ vom 13. Juni 2017 könnten die Muskelbeschwerden gestützt auf die durchgeführten Untersuchungen (insbesondere Muskelbiopsie und Elektroneuromyographie) ursächlich nicht gut erklärt werden. Eine HIV-Myopathie oder eine medikamentös bedingte Myopathie seien aufgrund der Anamnese und des Verlaufs unwahrscheinlich.

5.9 Am 17. Juli 2017 und am 8. August 2017 wurde der Beschwerdeführer durch die MEDAS polydisziplinär begutachtet.

5.9.1 Dr. med. U. _____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt gestützt auf die durchgeführte Untersuchung fest, im allgemeininternistischen Status falle ein Übergewicht mit einem BMI von 26 kg/m² (ICD-10: E66.9) auf, überdies sei eine arterielle Hypertonie (ICD-10: I10) zu diagnostizieren. Der übrige allgemeininternistische Status wie auch die Laboruntersuchungen seien weitgehend unauffällig, weshalb der Beschwerdeführer aus allgemeininternistischer Sicht voll arbeits- und leistungsfähig sei. Es seien keine Hinweise dafür vorhanden, dass die Arbeitsfähigkeit aus allgemeininternistischer Sicht längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei. Im Rahmen einer Massnahme werde zu einer Gewichtsreduktion geraten.

5.9.2 Dr. med. V. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der psychiatrischen Beurteilung aus, der Beschwerdeführer leide an einer Dysthymia (ICD-10: F34.1), wobei aus psychiatrischer Sicht auf die somatische Arbeitsfähigkeit abzustützen sei. Der Beschwerdeführer sei in seinen Fähigkeiten entsprechenden und aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig, ohne Leistungseinschränkung. Auch im Verlauf habe keine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, nicht mehr arbeiten zu können, könne mit den psychiatrischen Befunden nicht bestätigt werden. Eine psychiatrisch psychotherapeutische Behandlung sei nicht zwingend nötig, da eine solche kaum dazu führen werde, dass der Beschwerdeführer in absehbarer Zeit wieder einer Arbeitstätigkeit nachgehen werde. Ebenso seien berufliche Massnahmen nicht zu empfehlen. Aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung sei die Prognose ungünstig.

5.9.3 Gemäss neurologischem Teilgutachten von Dr. med. W. _____, Facharzt für Neurologie, liegt eine leichte Polyneuropathie mit unklarer Ätiologie (ICD-10: G62.9) vor, welche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeige. Keine Auswirkungen auf die

Arbeitsfähigkeit habe das zu diagnostizierende subjektive Schwäche- und Müdigkeitsgefühl mit Verdacht auf Symptomausweitung (ICD-10: R53, F54). Mittlere und schwere Arbeiten könne der Beschwerdeführer aufgrund der HIV-Infektion wohl nicht mehr erledigen, ebenso falle die ursprüngliche Arbeit als Zimmermann ausser Betracht. Körperlich leichte Arbeiten in sitzender Stellung und Büroarbeiten, auf welche eine Umschulung erfolgt sei, seien aus neurologischer Sicht ganztags möglich. Auch retrospektiv bestünden zwar qualitative Einschränkungen, nicht aber quantitative. Diese Einschätzung stimme überdies mit den Berichten der Klinik für Neurologie des Spitals E._____ wie auch mit dem Bericht von Dr. K._____ überein.

5.9.4Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung hielt lic. phil. X._____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP und Neuropsychologe, fest, dass vorbestehend noch keine neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers bekannt sei. Diagnostisch liege aus neuropsychologischer Sicht eine leichte kognitive Beeinträchtigung vor, wobei sich die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht aus der psychiatrischen und infektiologischen Beurteilung ergebe.

5.9.5Die infektiologische Untersuchung führte Prof. Dr. med. Y._____, FMH Infektiologie, am 17. Juli 2017 durch. Zu diagnostizieren seien eine HIV-Infektion im Stadium B3, eine Beinschwäche mit unklarer Ätiologie jeweils bei einem Zustand nach Hepatitis B und Lues II. Aufgrund der sehr raschen Ermüdbarkeit und Leistungsintoleranz ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit von 25 %. Weiterhin seien regelmässige HIV-Kontrollen notwendig. Überdies sei ein medikamentöser Therapiewechsel dringend indiziert, da die beschriebene generalisierte Schwäche als eine unerwünschte Wirkung des Medikaments Truvada, welches der Beschwerdeführer zurzeit einnehme, beschrieben sei. Auch sei die Lues erneut medikamentös zu behandeln, da dies gemäss Serologie bisher ungenügend erfolgt sei.

5.9.6In der Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer körperlich mittelschwere und schwer belastende berufliche Tätigkeiten wie auch die frühere Tätigkeit als Zimmermann nicht mehr zuzumuten seien. Für körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten wie beispielsweise Büroarbeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 %. Das Pensum könne mit einem leicht reduzierten Rendement und einem erhöhten Pausenbedarf von 10 bis 15 Minuten pro Stunde vollschichtig umgesetzt werden. Die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit dürfte retrospektiv seit Mai 2012 angenommen und mit Sicherheit ab August 2017 bestätigt werden. Die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, nicht mehr arbeiten zu können, könne durch die erhobenen Befunde nicht nachvollzogen werden. Im Übrigen sei das Medikament Lyrica in der durchgeführten Serumspiegelmessung nicht nachweisbar gewesen, obwohl der Beschwerdeführer angegeben habe, dieses einzunehmen.

5.10RAD-Ärztin dipl. med. Z._____, Fachärztin für Innere Medizin und Fachärztin für Prävention und Gesundheitswesen, hielt am 20. November 2017 fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht liege ein Gesundheitsschaden vor, welcher sich längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit auswirke. Seit Mai 2012 sei die Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten aus infektiologischer Sicht um 25 % eingeschränkt, wobei eine vollschichtige Arbeit möglich sei, jedoch Pausen benötigt würden. Für die bisherige Tätigkeit als Zimmermann bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Mai 2012.

5.11 Dr. med. AA. _____, Oberärztin an der Klinik für Rheumatologie des Spitals E. _____, und Dr. med. BB. _____, Assistenzarzt, kamen in ihrem Bericht vom 8. Dezember 2017 zum Schluss, es seien keine Hinweise für eine systemisch-rheumatische Grunderkrankung aufzufinden. Hinweise auf eine Myositis seien ebenfalls keine vorhanden. Auch seien keine Anhaltspunkte für ein mitochondriales Leiden auffindbar, eine mitochondriale Erkrankung sei zudem aufgrund des durchgeführten SATET-Tests unwahrscheinlich. Am ehesten sei von einer HIV-Myopathie auszugehen. Aus rheumatologischer Sicht sei keine spezifische Behandlung vorzuschlagen, eine gute Kontrolle der HIV-Erkrankung sei aber weiterhin dringend notwendig. Das Medikament Truvada wird weiterhin als vom Beschwerdeführer eingenommen aufgezählt.

E. 6

Der Beschwerdeführer macht primär geltend, auf das Gutachten der MEDAS könne nicht abgestellt werden, weshalb ein neues Gutachten einzuholen sei.

6.1 Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers überzeugt das von der MEDAS erstattete Gutachten hinsichtlich der gestellten Diagnosen, der Beurteilung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und der angepassten Tätigkeit wie auch im Zumutbarkeitsprofil für Verweisungstätigkeiten.

6.1.1 So wurden die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Leiden von der MEDAS insbesondere internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch wie auch infektiologisch allseitig untersucht und die entsprechenden Diagnosen gestellt. Die erstmals von Dr. L. _____ diagnostizierte leichte Spinalkanalstenose zervikal wird in der Einleitung des Gutachten der MEDAS erwähnt, ebenso wird der Bericht des MRT der HWS durch das Röntgeninstitut CC. _____ vom 13. Januar 2016 bei der Aufzählung der wichtigsten Vordokumente genannt, und schliesslich wird die leichte zervikale Spinalkanalstenose auch in die medizinische Anamnese miteinbezogen. In der Folge werden im internistischen, psychiatrischen, neurologischen und infektiologischen Teilgutachten die Spinalkanalstenose und die in diesem Zusammenhang vorgenommenen Untersuchungen und Feststellungen erwähnt und in die anschliessende Beurteilung des Gesundheitszustands und gestützt darauf der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers miteinbezogen. Folglich kommen die Gutachter in begründeter Weise zum Schluss, dass die Befunde an der Wirbelsäule für die beklagten Beschwerden nicht ursächlich sind.

6.1.2 Im Bericht von Dr. AA. _____ vom 8. Dezember 2017 werden die Bildgebungen der Wirbelsäule ebenfalls wiedergegeben. Im Rahmen der medizinischen Beurteilung werden die diesbezüglich festgestellten Befunde aber ebenfalls nicht für die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden als ursächlich eingestuft, stattdessen werden auch im Bericht von Dr. AA. _____ verschiedene Erkrankungen aufgrund der massgeblich durchgeführten Untersuchungen ausgeschlossen. Daher wird am ehesten von einer HIV-Myopathie bei möglicherweise medikamentös mitbedingter antiretroviraler Therapie mittels Zidovudin ausgegangen. Die Beinbeschwerden werden hingegen auch im Bericht von Dr. AA. _____ nicht auf die Befunde der Wirbelsäule zurückgeführt. Damit äussern sich das MEDAS-Gutachten und der Bericht von Dr. AA. _____ im gleichen Sinne.

6.1.3 Sowohl der vorerwähnte Bericht von Dr. AA. _____ wie auch der Bericht von Dr. R. _____ vom 11. Januar 2017 äussern sich nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin führten die Neurologen Dr. T. _____ und Dr. R. _____ am 3. April 2017 ausdrücklich aus, die Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei nicht Gegenstand ihrer Einschätzung gewesen. Sollte hingegen eine Beurteilung ebensolcher gewünscht werden, werde um einen Gutachterauftrag ersucht. Dennoch halten sie insbesondere bei der Frage nach einer verminderten Leistungsfähigkeit fest, dass die beklagte, ausgesprochene Ermüdbarkeit quantitative, nicht aber qualitative Einschränkungen nach sich ziehe. Ebenso ist der infektiologischen und der polydisziplinären Begutachtung der MEDAS zu entnehmen, dass mittelschwere und schwer belastende Tätigkeiten und damit der bisher ausgeübte Beruf als Zimmermann nicht mehr zumutbar seien, hingegen für körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten wie beispielsweise Büroarbeiten mit leicht reduziertem Rendement eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 % (vollschichtig realisierbar) bestehe. Damit attestiert das Gutachten der MEDAS dem Beschwerdeführer entgegen dessen Ausführungen keine volle Leistungsfähigkeit, sondern geht in nachvollziehbarer und begründeter Weise sowie in Übereinstimmung mit Dr. T._____ und Dr. R._____ von einer verminderten Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus.

Dr. S._____ teilt die Auffassung der MEDAS-Gutachter, die angestammte Tätigkeit als Zimmermann sei nicht mehr zumutbar, geht aber von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus. Als Begründung für diese Einschätzung führt sie eine körperliche Einschränkung aufgrund der Paresen an, weiter begründet sie den festgesetzten Umfang der Arbeitsunfähigkeit nicht. Stattdessen weist sie ausdrücklich darauf hin, dass die Befunde der Muskelbiopsie anlässlich ihrer Einschätzung noch nicht vorgelegen hätten. Zurzeit der Erstellung des MEDAS-Gutachtens lagen hingegen die Resultate der Muskelbiopsie sowie weiterer Abklärungen vor, wobei sich gemäss Dr. W._____ trotz diesen intensiven Abklärungen kein erklärender Grund für die Beschwerden des Beschwerdeführers ergab. Auch bei den aktuellen Untersuchungen der MEDAS-Gutachter habe sich kein objektives Defizit ergeben. Damit ist festzuhalten, dass die Einschätzungen der MEDAS-Gutachter auf ganzheitlicheren und umfassenderen Abklärungen als die Einschätzung von Dr. S._____ beruhen, überdies zeitnaher sind und damit dem aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers Rechnung tragen. Zudem beruhen sie auf einer polydisziplinären Einschätzung, welche umfassender ist als die eher knapp begründete rheumatologische Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers durch Dr. S._____. Weiter ist die attestierte Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im MEDAS-Gutachten umfassend begründet, dabei finden sich im MEDAS-Gutachten insbesondere auch Ausführungen zum Verhalten des Beschwerdeführers, wobei deutliche Hinweise für eine Symptomausweitung festgestellt wurden.

6.2 Zusammengefasst hat das MEDAS-Gutachten in überzeugender Weise die medizinische Berichtslage berücksichtigt und diese bei seiner Würdigung miteinbezogen. Es beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden, setzt sich mit dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander, wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten verfasst, ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und Schlussfolgerungen nachvollziehbar und begründet und lässt sich von der Rechtsanwenderin nachvollziehen. Das MEDAS-Gutachten genügt daher den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungskriterien (BGE 137 V 210 E. 1.2.2 ff.), weshalb es einen erhöhten Beweiswert genießt, wovon auch die RAD-Ärzte ausgehen. Somit kann dem Gutachten, insbesondere der darin vorgenommenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, gefolgt werden. Dem Beschwerdeführer sind folglich körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten wie beispielsweise Büroarbeiten zu 75 % zumutbar

(vollschichtig realisierbar). Dies gilt gemäss Gutachten seit Mai 2012 und damit seit Kenntnisnahme der HIV-Infektion, was sachlich nachvollziehbar und begründet im Gutachten ausgewiesen wird. Daran ändern die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Ausführungen nichts. Damit ist keine weitere Begutachtung des Beschwerdeführers anzuordnen.

E. 7

Weiter ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich umstritten, wobei der Beschwerdeführer zu Recht keine Einwendungen gegen die Berechnung des Invaliditätsgrads mittels Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) erhebt.

E. 7.1

7.1.1 Zur Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was der Versicherte im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunder tatsächlich verdient hätte (BGer-Urteil 9C_128/2014 vom 20. März 2014 E. 2.1). Dabei wird in der Regel beim zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre.

7.1.2 Der Beschwerdeführer erzielte gemäss der Mitteilung seines ehemaligen Arbeitgebers im Jahr 2010 monatlich Fr. 4'970.-, im Jahr 2011 monatlich Fr. 5'075.- und im Jahr 2012 monatlich Fr. 5'160.-, was einem Jahreseinkommen von Fr. 65'975.- im Jahr 2011 entspricht. Weiter gab der Arbeitgeber des Beschwerdeführers an, dieser würde bei seiner angestammten Tätigkeit als Zimmermann im Jahr 2013 einen monatlichen Lohn von Fr. 5'265.- erzielen, was einen Jahreslohn von Fr. 68'445.- ergäbe. Kapitalisiert auf das Jahr 2015 ergibt sich somit ein Jahreslohn als Zimmermann von Fr. 69'268.53 (Fr. 68'445.- x 1.008 x 1.004). Die Beschwerdegegnerin hat dabei die vom ehemaligen Arbeitgeber des Beschwerdeführers genannte Lohnangaben zu Recht als Ausgangspunkt für die Berechnung des Valideneinkommens verwendet. Denn eine allfällige Dividendenausschüttung als allfälliger (stiller) Teilhaber an einer AG stellt einen reinen Kapitalertrag dar und ist daher nicht als Lohn zu betrachten (BGE 141 V 634 E. 2.2), zumal eine solche Kapitalinvestition auch nach Eintritt einer allfälligen Invalidität weiterhin bestehen bleiben kann und entsprechend ein Kapitalertrag auch nach Eintritt einer allfälligen Invalidität weiterhin anfallen kann. Damit kann offengelassen werden, inwiefern der Beschwerdeführer an der DD. _____ AG beteiligt war. Festzuhalten ist der Vollständigkeit halber aber dennoch, dass entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin daraus, dass der Beschwerdeführer nicht im Handelsregister eingetragen war, nicht ohne Weiteres der Schluss gezogen werden kann, der Beschwerdeführer sei an der genannten Gesellschaft nicht beteiligt und damit nicht Mitinhaber gewesen. Dies gründet darin, dass eine Aktiengesellschaft eine kapitalbezogene Gesellschaft darstellt, deren Aktionäre und damit deren Eigenkapitalgeber nicht im Handelsregister eingetragen sind.

E. 7.2

7.2.1 Bei der Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der ■ kumulativ ■ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem

das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können die Tabellenlöhne gemäss den Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Bundesamtes für Statistik herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3).

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist der durchschnittliche Lohn für Männer in allen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors mit Kompetenzniveau 1 heranzuziehen (vgl. dazu BGer-Urteil 8C_622/2016 vom 21. Dezember 2016 E. 5.2). Lohnempfehlungen wie beispielsweise des kaufmännischen Verbandes Schweiz sind grundsätzlich nicht zu verwenden, sondern nur in Ausnahmefällen, wenn sie schon Grundlage für die Ermittlung des Valideneinkommens bilden (BGer-Urteil 9C_795/2012 vom 9. Juli 2013 E. 2.2).

7.2.2 Soweit die Beschwerdegegnerin für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf die Salärempfehlungen des Kaufmännischen Verbandes abstellt, ist ihr nicht zu folgen, ist doch das Valideneinkommen ebenfalls nicht gestützt auf die Lohnempfehlungen des kaufmännischen Verbandes bestimmt worden, weshalb kein Ausnahmefall vorliegt, welcher ein ausnahmsweises Abstellen auf die Salärempfehlungen des Kaufmännischen Verbandes rechtfertigen würde. Somit ist das Invalideneinkommen praxisgemäss gestützt auf die Tabelle TA 1 der LSE 2014 zu bestimmen.

Nach der Tabelle TA 1 der LSE 2014 betrug das über alle Branchen ermittelte durchschnittliche Monatseinkommen für auf dem Kompetenzniveau 1 tätige Männer Fr. 5'312.- bzw. jährlich Fr. 63'744.-. Umgerechnet auf eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit im Jahr 2014 von 41,7 Stunden ergibt sich ein Tabellenlohn von Fr. 66'453.12, indexiert auf das Jahr 2015 resultiert ein Tabellenlohn von Fr. 66'718.93 (Fr. 66'453.12 x 1.004). Bei einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 75 % beträgt das Invalideneinkommen demnach Fr. 50'039.20.

7.2.3 Der Tabellenlohn umfasst im tiefsten Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten. Daher ist alleine der Umstand, dass nur noch leichte körperliche Tätigkeiten zumutbar sind, kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug (BGer-Urteil 8C_99/2013 vom 5. April 2013 E. 4.1.3). Weshalb es beim Invalideneinkommen, das auf der Grundlage eines Tabellenlohns, nach Massgabe der bestehenden Arbeitsfähigkeit, unter Berücksichtigung eines allfälligen Leidensabzugs festzusetzen ist, eines weiteren Korrektivs bedürfen soll, ist nicht ersichtlich (vgl. BGer-Urteil 8C_253/2017 vom 29. Juni 2017 E. 4.3.2). Damit bleibt es beim Beschwerdeführer, welcher für körperlich leichte, angepasste Arbeitstätigkeiten zu 75 % arbeitsfähig ist, beim Tabellenlohn von Fr. 50'039.20. Entsprechend resultiert bei einem Valideneinkommen von Fr. 69'268.53 und bei einem Invalideneinkommen von Fr. 50'039.20 ein Invaliditätsgrad von 28 %.

7.3 Zu prüfen ist indessen, ob von diesem Tabellenlohn ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist und bejahendenfalls wie hoch dieser anzusetzen ist.

7.3.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach

Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nunmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzugs ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohns zu begrenzen (BGE 134 V 322 E. 5.2, mit Hinweisen).

7.3.2 Der Beschwerdeführer ist der Ansicht, ihm sei ein Tabellenlohnabzug von 25 % zu gewähren. Geht man aber mit dem MEDAS-Gutachten davon aus, dem Beschwerdeführer sei eine körperlich leichte, angepasste administrative Tätigkeit wie beispielsweise Büroarbeit bei einer vollschichtigen Realisierbarkeit zu 75 % zumutbar, wird damit dem erhöhten Pausenbedarf des Beschwerdeführers vollumfänglich Rechnung getragen, weshalb kein weiterer Abzug vorzunehmen ist. Weiter trifft es zwar zu, dass der Beschwerdeführer seit bald sechs Jahren nicht mehr erwerbstätig ist. Diese lange Absenz vom Arbeitsmarkt ist aber nicht invaliditätsbedingt, da der Beschwerdeführer grundsätzlich in einer angepassten Tätigkeit zu 75 % arbeitsfähig war und ist, weshalb sie nicht berücksichtigt werden kann (BGer-Urteil 9C_658/2015 vom 9. Juni 2016 E. 5.2.2). Ebenso ist sein Alter nicht zu berücksichtigen, da dieses als invaliditätsfremder Faktor grundsätzlich unberücksichtigt bleiben muss (vgl. BGer-Urteil 8C_594/2011 vom 20. Oktober 2011 E. 5). Letztlich könnte sich daher nur ein Abzug vom Tabellenlohn aufgrund der beschränkten Einsatzmöglichkeiten des Beschwerdeführers rechtfertigen. Dass der Beschwerdeführer aber tatsächlich auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einem Mitbewerber ohne Einschränkungen benachteiligt ist, ist zumindest fraglich, zumal er im Rahmen einer Umschulung Fachkenntnisse im Bürobereich erworben und erste Berufserfahrungen gesammelt hat. Ob ein Tabellenlohnabzug überhaupt vorzunehmen ist, kann vorliegend aber offengelassen werden. Denn mit einem maximal vertretbaren Abzug von 10 % käme der Beschwerdeführer auf ein Invalideneinkommen von Fr. 45'035.30, was bei einem Valideneinkommen von Fr. 69'268.53 einen Invaliditätsgrad von 35 % ergäbe, welcher nicht zu einem Rentenbezug berechtigt.

E. 8

Der Beschwerdeführer rügt schliesslich eine Verletzung seines rechtlichen Gehörs.

8.1 Gemäss Art. 49 Abs. 3 ATSG sind Verfügungen zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen. Die aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör folgende Begründungspflicht soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und die betroffene Person in die Lage versetzen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist jedoch nur möglich, wenn sowohl sie wie auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die

Behörde hat leiten lassen und auf welche sie ihre Verfügung stützt. Inhalt und Dichte einer rechtsgenügenden Begründung lassen sich nicht allgemein bestimmen, sondern nur in Beziehung zur konkreten materiell-, beweis- und verfahrensrechtlichen Lage (vgl. BGer-Urteil 8C_844/2010 vom 21. März 2011 E. 4.2). Die Behörde muss jedenfalls nur die entscheiderelevanten Überlegungen wiedergeben. Sie darf die Begründung auf jene Aspekte beschränken, die sie aus sachlich haltbaren Gründen als wesentlich erachtet. Nicht erforderlich ist deshalb, dass sich die Begründung mit allen Parteistandpunkten auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt (Kaspar Plüss, in Alain Griffel [Hrsg.], Kommentar zum Verwaltungsrechtspflegegesetz des Kantons Zürich, 3. A., Zürich/Basel/Genf 2014, § 10 N. 24 ff.).

8.2 Der Beschwerdeführer macht geltend, dass im Entscheid der Beschwerdegegnerin begründungslos festgehalten werde, dem Beschwerdeführer stehe kein Abzug vom Tabellenlohn zu, was eine Gehörsverletzung darstelle. Dem ist nicht zu folgen, da aus der Begründung in der Verfügung vom 29. Januar 2018 eindeutig hervorgeht, dass sich die Reduktion der Arbeitsfähigkeit aus dem vermehrten Pausenbedarf ergebe, da der Beschwerdeführer in der Lage sei, vollschichtig zu arbeiten, weshalb kein leidensbedingter Abzug vorzunehmen sei. Alle Einschränkungen des Beschwerdeführers seien im Rahmen der Festsetzung der 75%igen Erwerbsfähigkeit bereits berücksichtigt. Damit äusserte sich die Beschwerdegegnerin zu den Einwendungen des Beschwerdeführers gegen den Vorbescheid und führte aus, dass kein leidensbedingter Abzug gewährt und aus welchen Gründen so entschieden werde. Damit hat die Beschwerdegegnerin die entscheiderelevanten Überlegungen wiedergegeben, gestützt worauf der Beschwerdeführer in der Lage war, sich in deren Kenntnis mittels Beschwerdeerhebung dagegen zu wehren. Eine Gehörsverletzung liegt daher nicht vor.

Zusammenfassend ist die Beschwerde abzuweisen.

III.

1.

1.1 Der Beschwerdeführer beantragt die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung. Gemäss Art. 139 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 4. Mai 1986 (VRG) befreit die Behörde eine Partei, der die Mittel fehlen um neben dem Lebensunterhalt für sich und ihre Familie die Verfahrenskosten aufzubringen, auf Gesuch hin ganz oder teilweise von der Kosten- und Vorschusspflicht, sofern das Verfahren nicht aussichtslos ist.

1.2 Die Mittellosigkeit des Beschwerdeführers erscheint aufgrund der Aktenlage als offensichtlich. Zudem kann das vorliegende Verfahren nicht als aussichtslos bezeichnet werden. Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung ist deshalb gutzuheissen. Da der Beschwerdeführer auf eine rechtliche Vertretung angewiesen war, ist auch das Gesuch um unentgeltliche Rechtsbeistandung gutzuheissen und ihm ist in der Person von Rechtsanwalt B. _____ ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen. Dieser ist mit Fr. 2'000.- (inkl. Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

2.

Nach Art. 134 Abs. 1 lit. c VRG i.V.m. Art. 69 Abs. 1 bis IVG hat die Partei, welche im Beschwerdeverfahren unterliegt, die amtlichen Kosten zu tragen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten von pauschal Fr. 600.- dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Auf deren Erhebung ist indessen zufolge Gewährung der

unentgeltlichen Prozessführung einstweilen zu verzichten. Der Beschwerdeführer ist darauf hinzuweisen, dass eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt worden ist, für den Fall, dass sie später in günstige wirtschaftliche Verhältnisse gelangt, zur Nachzahlung der Verfahrenskosten verpflichtet werden kann (Art. 139a VRG). Ausgangsgemäss ist schliesslich keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

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