

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00224 vom 5. Februar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-02-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00224

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00224 du 5 février 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00224 del 5 febbraio 2010

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts , ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , er halten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den An spruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären

und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). 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 zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

Der Versicherte erhob am 2. März 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 30. Januar 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine Rente zuzusprechen (Urk.

1 S.

1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 17. April 2018 (Urk. 12) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 30. April 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 14). Mit Verfügung vom 19. Juli 2018 (Urk. 19) wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 1) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, bei der Aufhebung der ganzen Rente im Jahr 2010 hätten die medizinischen Abklärungen – insbesondere das umfassende Gutachten – ergeben, dass der Beschwerdeführer für alle Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig sei. Aufgrund der

Neuanmeldung sei abgeklärt worden, ob sich der Gesundheitszustand seit Erlass der letzten Verfügung erheblich verändert habe. Sämtliche durchgeführten medizinischen Abklärungen seit der Aufhebung der Rente im Jahr 2010 hätten nach Beurteilung durch den Ärztlichen Dienst keine neue längerdauernde Erkrankung ergeben. Da seit dem Gutachten, das die Grundlage für die Rentenaufhebung dargestellt habe, demzufolge keine Verschlechterung eingetreten sei, werde an der vollen Arbeitsfähigkeit weiterhin festgehalten. Aus den eingereichten medizinischen Unterlagen würden keine neuen Aspekte hervorgehen, es würden zum Teil bereits widerlegte Diagnosen nochmals aufgeführt. Bei unverändertem medizinischen Sachverhalt handle es sich um eine andere Bewertung der Arbeitsfähigkeit (S. 1 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) geltend, sein gesundheitlicher Zustand habe sich seit der Rentenaufhebung erheblich verschlechtert. Gemäss den behandelnden Ärzten sei er aus psychiatrischer Sicht nicht arbeitsfähig und aus rheumatologischer Sicht könne er in der angestammten Tätigkeit nicht mehr eingesetzt werden. Schliesslich sei er aufgrund von neurologischen Beschwerden zu 50 % arbeitsunfähig (S. 1 f.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenaufhebung im Jahr 2010 wesentlich verändert hat und nunmehr ein Rentenanspruch besteht.

E. 3.1

Die Zusprache einer ganzen Rente ab Januar 2006 mit Verfügungen vom 2. und 20. November 2007 (Urk. 13/46; Urk. 13/53) bei einem Invaliditätsgrad von 100 % erfolgte aufgrund der Diagnosen einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2), einer Agoraphobie mit Panikstörung und sozialer Phobie (ICD-10 F40.01), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und einem cervico-thorakospondylogenen Syndrom rechts sowie lumbospondylogenen Syndrom rechts bei Fehlhaltung und degenerativen Veränderungen mit Status nach Diskushernie L4/L5. Der Beschwerdeführer wurde seit dem Jahr 2005 als zu 100 % arbeitsunfähig sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit erachtet (vgl. Urk. 13/36 ; Urk. 13/43).

E. 3.2

.2

In der rechtskräftigen Verfügung vom 5. Februar 2010 (Urk. 13/86 = Urk. 3/1) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass keine Diagnosen vorlägen, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkten. Der Beschwerdeführer sei sowohl in der angestammten Tätigkeit als Betriebsangestellter als auch in jeder anderen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig.

Nach durchgeführtem Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 0 %, weshalb die bisher ausgerichtete ganze Rente aufgehoben werde (S. 2 f.).

E. 3.2.1

Der mit Verfügung vom 5. Februar 2010 (Urk. 13/86 = Urk. 3/1) erfolgten Aufhebung der bisher ausgerichteten ganzen Rente lag im Wesentlichen das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. med. Y.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, und von Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1. September 2009 (Urk.

13/68/19-54) zugrunde (vgl. Urk. 13/71 S. 4; Urk. 13/85 S. 4) .

Die Gutachter nannten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 29 Ziff. 5.1). Zudem nannten sie die folgenden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 29 Ziff. 5.2): - Verdacht auf Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) - Angaben von thorakalen und lumbalen Schmerzen mit/bei - Rundrücken mit entsprechender leichter Einschränkung der Beweglichkeit, aber sonst fehlenden klinischen Befunden - radiomorphologisch Dehydratation der untersten zwei Bandscheiben im Sinne einer Protrusion L4/5 und L5/S1 - sicheren Zeichen für Ausgestaltung

Aus somatischer Sicht würden Beschwerden thorakal und lumbal geschildert, dies bestehend seit Jahren (S. 29 Ziff. 6.1.2). Der rheumatologische Gutachter führte in seinem Teilgutachten diesbezüglich aus, dass es zusammenfassend möglich sei, die Beschwerden als thorako- und lumbovertebrales Syndrom zu bezeichnen, wie vom Hausarzt getätigt. Viel treffender sei jedoch die Bezeichnung «Angaben von Beschwerden thorakal und lumbal bei klinisch normalen Befunden», das heisse, es bestünden keine wesentlichen Bewegungseinschränkungen mit auch deutlichen Hinweisen für eine psychogene Ausgestaltung. Erwähnenswert sei, dass ein MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 31. August 2007 vorliege, das leichte Degenerationen zweier Bandscheibenräume zeige, hingegen keine wesentliche Diskushernie, sondern Diskopathien im Sinne von Protrusionen, was einem alters entsprechend normalen Befund entspreche. Protrusionen seien etwas Alltägliches und komme bei 30 % bis 50 % der gesunden Normalbevölkerung auch in diesem Alter vor. Es sei nicht von einem Krankheitswert dieser Befunde auszugehen. Deutlich auffällig sei ein sogenanntes « pain

behaviour » , der Beschwerdeführer manifestiere hier und heute seine Beschwerden in erheblichem Ausmass, dies klar diskrepant zu den Befunden. Auch wirke er uninteressiert, die Untersuchung scheine ihn hier doch erheblich zu langweilen. Er präsentiere sich hier zum Teil erheblichst bedeckt (S. 14 f. Ziff. 3.5). Der Beschwerdeführer sei Betriebsmitarbeiter und Lagerist sowie im Kundenservice tätig gewesen. Für diese Tätigkeiten bestehe aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 15 Ziff. 3.6). Er sei in jeglicher Männerarbeit voll arbeitsfähig, auch körperliche Schwerarbeiten seien ihm zumutbar (S. 15 Ziff. 3.7). Die heutige Beurteilung habe seit Jahren Gültigkeit (S. 15 Ziff. 3.8).

In psychiatrischer Hinsicht könne lediglich eine Verdachtsdiagnose gestellt werden (S. 30 Ziff. 6.1.2). Der psychiatrische Gutachter führte in seinem Teilgutachten diesbezüglich aus, dass die objektive Beurteilung nicht erlaube, eine psychiatrische Diagnose zu stellen. Weder gebe es genügend objektive Hinweise für eine Angststörung, womit auch die phobischen Störungen impliziert seien, noch gebe es genügend objektive Hinweise für eine depressive Störung. Vor dem Hintergrund des auffälligen Verhaltens des Beschwerdeführers in der hiesigen Untersuchung könne auch keine somatoforme

Schmerzstörung diagnostiziert werden, da eine solche vollumfänglich bewusstseinsfernen Mechanismen unterworfen sein müsse, was beim Beschwerdeführer nicht der Fall sei. Die Verdachtsdiagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) ergebe sich einzig aus den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und müsse daher als Verdachtsdiagnose aufgeführt werden (S. 27 Ziff. 4.5). Zu den Funktionsfähigkeiten aus psychiatrischer Sicht sei zu sagen, dass diese nicht beeinträchtigt seien. Es sei noch mehr darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer sich durchwegs von einer höchst dysfunktionalen Seite beschrieben habe. Das äussere Erscheinungsbild des Beschwerdeführers aber zeige keinerlei dieser zu erwartenden Beeinträchtigungen. Auch sämtliche anderen objektiven Parameter, die sehr gut herangezogen werden könnten, um die innerpsychische Vitalität aus objektiver Sicht zu validieren, zeigten vollständige Normalbefunde: Psychomotorik, Aspekte der Sprachmotorik, formales Denken, kognitive Leistungen und Affektivität seien in der Bandbreite der Norm ausgefallen. So ergebe sich auch betreffend die Funktionsfähigkeiten ein höchst diskrepantes Bild zwischen den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und den objektiven Untersuchungsbefunden (S. 28 Ziff. 4.5). Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit sowie in einer Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 28 Ziff. 4.6-4.7).

Die Gutachter kamen daher zum Schluss, dass aus gesamtmedizinischer Sicht in der angestammten Tätigkeit sowie in einer Verweistätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 30 Ziff. 6.2.3, S. 31 Ziff. 6.3.3). Zudem führten sie aus, dass sich aus rheumatologischer Sicht erhebliche Diskrepanzen zwischen den subjektiven Angaben und den diskreten Befunden fänden. Es finde eine klare Verdeutlichung durch den Beschwerdeführer statt, die auf somatischer Basis nicht zu sehen sei. Auch aus psychiatrischer Sicht bestünden ganz erhebliche Diskrepanzen (S. 35 f. Ziff. 6.8).

E. 4.1

Dr.

A.____, Chiropraktor, führte in seinem Bericht vom 25. Februar 2016 (Urk. 13/134/1-5) aus, dass er den Beschwerdeführer seit Mai 2015 behandle (Ziff. 1.2) und nannte eine Lumboischialgie links bei Diskushernie L4/5 und L5/S1 mit Wurzelreizung L

E. 4.2

Med. pract. B.____, führte in seinem Bericht vom 5. März 2016 (Urk. 13/135/1-5) aus, dass er den Beschwerdeführer seit November 2006 behandle (Ziff. 1.2) und nannte ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 links mehr als rechts mit Diskushernie L4/5 mit Tangierung der Nervenwurzel L5 re zessal links als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1). Aktuell finde keine Behandlung statt (Ziff. 1.5) und die Arbeitsfähigkeit könne er nicht beurteilen (Ziff. 1.7).

E. 4.3

Die Ärzte des C.____, D.____, nannten in ihrem Bericht vom 5. Juli 2016 (Urk. 13/136/11-14) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, intermittierend lumboradikuläres Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom L5 links, Erstdiagnose April 2015 - MRI der LWS vom 20. April 2016: Diskusprotrusion L4/5 medial mehr nach links mit Reizung L5 links möglich, Diskusprotrusion L5/S1 paramedian rechts mit Kontakt zu S1 beidseits, keine Kompression, keine zentrale Spinalkanalstenose - MRI der LWS vom 16. Juni 2015:

mediane, nach paramedian links auslaufende Diskushernie mit Tangierung der Nervenwurzel L5 rezessal links, mittelgradige Spinalkanalstenose durch die Diskushernie

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Paketbote sei von ihnen bislang nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, obwohl diese gegeben sei (Ziff. 1.6). Einschränkungen am Arbeitsplatz betreffen die körperliche Belastungsfähigkeit aufgrund der Diskushernie. Bis zur Genesung der Grunderkrankung bestehe eine Einschränkung der Traglast auf 5 kg. Weiter sollte die ausgeübte Tätigkeit eine wechselseitige Belastung erlauben und Zwangshaltungen sollten vermieden werden. Längeres Sitzen sei ausgeschlossen. Nach nun längerer Arbeitsabstinenz sei es sinnvoll, initial ein reduziertes Pensum von 50 % anzustreben, das im Verlauf nach Massgabe der Beschwerden gesteigert werden sollte (Ziff. 1.7). Ein Wiedereinstieg ins Arbeitsleben müsse entsprechend der Beschwerden in einer nächsten Konsultation beurteilt werden (Ziff. 1.9).

E. 4.4

Die Ärzte des C.____, D.____, berichteten in ihrem Austrittsbericht vom 30. September 2016 (Urk. 13/150/7-11 = Urk. 13/155/2-6) über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 21. bis am 29. September 2016 in der Klinik und nannten folgende – hier verkürzt aufgeführte – Diagnosen (S. 1): - lumboradikuläres Reiz-/sensibles Ausfallsyndrom L5 links

- neu Elektroneuromyographie (ENMG)

vom September 2016: in der Zusammenschau seien die neurografischen Befunde formal vereinbar mit einer L5-Läsion links, Untersuchung vorzeitig auf Wunsch des Beschwerdeführers abgebrochen - Verdacht auf eine entzündliche ZNS-Erkrankung (Erstmanifestation August 2016)

Der Beschwerdeführer sei zur stationären Aufnahme aus dem Ambulatorium zur stationären Schmerztherapie bei persistierendem Reizsyndrom L5 links und sekundärer Ausdehnung der Schmerzen zugewiesen worden. Zudem sei seit August 2016 eine unklare, entzündliche ZNS-Erkrankung beschrieben worden, welche in neurologischer Abklärung sei (S. 2 oben). Ein psychiatrisches Konsil habe am 22. September 2016 stattgefunden. Bei Agoraphobie mit Panikstörung und rezidivierenden depressiven Störungen sei vom Beschwerdeführer eine ambulante Nachbehandlung oder eine medikamentöse Einstellung abgelehnt worden. Im Verlauf der Hospitalisation habe der Beschwerdeführer jedoch die schlaffördernde und schmerzdistanzierende Therapie mit Trittico akzeptiert, die am 28. September 2016 begonnen worden sei (S. 2 unten). Bis zur neurologischen Verlaufskontrolle am 25. Oktober 2016 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Mitte).

E. 4.5

Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, berichtete am 2. November 2016 über die am 28. Oktober 2016 durchgeführte vertrauensärztliche Untersuchung (Urk. 13/148/6-9) und führte aus, dass ein komplexes neurologisches Ausfallmuster und Schmerzsyndrom bestehe, dass vorläufig nicht geklärt sei, mit konstanten und reproduzierbaren Befunden. Es seien weitere Abklärungen notwendig. Vorläufig sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die belastende Tätigkeit in der Paketpostzustellung ausgewiesen (S. 3 f.).

E. 4.6

Ein Arzt des C.____, F.____, diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. November 2016 (Urk. 13/150/5-6) chronische zervikale und lumboradikuläre

« Schmerzen Reiz » (Erstmanifestation 2015) sowie einen Verdacht auf eine entzündliche ZNS-Erkrankung (Erstmanifestation August 2016; S. 1). Aus neurochirurgischer Sicht bestehe aufgrund der fehlenden Dynamik der Symptomatik und aktuell im Vordergrund stehenden lumbalen Schmerzen keine Operationsindikation für die Diskushernie LWK4/5. Aus neurochirurgischer Sicht seien keine weiteren routinemässigen Kontrollen mehr geplant (S. 2 unten).

E. 4.7

In seinem Verlaufsbericht vom 8. Dezember 2016 (Urk. 13/150/1-3) nannte med. pract. B.____ chronische zervikale und lumboradikuläre

« Schmerzen Reiz » (Erstmanifestation 2015) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2) und nannte neu einen Verdacht auf eine entzündliche ZNS-Erkrankung (Erstmanifestation August 2016; Ziff. 1.3).

E. 4.8

4.9). Demnach ist auch in neurologischer Hinsicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen.

Schliesslich legte ein Arzt der F.____ des C.____ im November 2016 in nachvollziehbarer Weise dar, dass aus neurochirurgischer Sicht aufgrund der fehlenden Dynamik der Symptomatik und aktuell im Vordergrund stehenden lumbalen Schmerzen keine Operationsindikation bestehe und dass keine weiteren routinemässigen Kontrollen mehr geplant seien (vorstehend E. 4.6).

In Bezug auf die Berichte der Ärzte des J.____ vom Oktober 2017 (vorstehend E. 4.13) und der Ärzte des

K.____

vom November 2017 (vorstehend E. 4.14), die in somatischer Hinsicht ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie multiple T2-hyperintense Marklagerläsionen bzw. einen Verdacht auf eine entzündliche ZNS-Erkrankung und ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom diagnostizierten und dem Beschwerdeführer eine seit April 2015 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten (vorstehend E.

E. 4.9

Eine Ärztin des C.____, G.____, nannte in ihrem Bericht vom 15. Februar 2017 (Urk. 13/153/1-5) multiple T2-hyperintense Marklagerläsionen (unklarer Genese, differentialdiagnostisch vaskulär) sowie ein lumboradikuläres

Reiz-/sibles Ausfallsyndrom L5 Links als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1). Die Arbeitsfähigkeit könne sie nicht beurteilen (Ziff. 1.6-1.7). 4.10

In ihrem Bericht vom 3. März 2017 (Urk. 13/155/9-10) berichteten die Ärzte des C.____, D.____, über die ambulanten Verlaufskontrollen und nannten folgende – verkürzt aufgeführten - Diagnosen (S. 1 f.): - lumboradikuläres Reiz-/sibles Ausfallsyndrom L5 links - neu MRI der gesamten Wirbelsäule vom Dezember 2016: regelhafter Befund des Myelon, geringe degenerative Veränderungen an HWS und LWS, bei Nachweis einer

medio-links-lateralen Bandscheibenprotrusion in Höhe LWK4/5 sei eine Kompromittierung der linksseitigen L5-Wurzel möglich - multiple T2-hyperintense Marklagerläsionen (Erstmanifestation August 2016) - Agoraphobie mit Panikstörung und rezidivierende depressive Störungen (Erstdiagnose September 2016)

Im Dezember 2016 sei ein MRI der spinalen Achse erfolgt, wo sich keine neuen Aspekte gezeigt hätten, insbesondere keine entzündlichen Veränderungen, eine andere neuronale Reizung oder demyelinisierende Läsionen. Im Dezember 2016 sei ein MRI des Schädels erfolgt. Die multiplen T2-hyperintensiven Marklagerläsionen seien in der Neuroimmunologie-Sprechstunde am 20. Januar 2017 mit dem Beschwerdeführer besprochen und als nicht verdächtig für eine entzündliche/immunologische Ätiologie beurteilt worden (vgl. vorstehend E. 4).

E. 4.11

Ein Arzt des C.____, H.____, führte in seinem undatierten, bei der Beschwerdegegnerin am 22. Mai 2017 eingegangenen Bericht (Urk. 13/159) aus, dass er den Beschwerdeführer seit Februar 2017 behandle (Ziff. 1.2) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - lumboradikulares Reiz-/sensibles Ausfallsyndrom L5 links - Kribbelparästhesien links Arm und Bein (Erstmanifestation August 2016), differentialdiagnostisch chronisch entzündliche ZNS-Erkrankung - chronische Kopfschmerzen, differentialdiagnostisch Medikamentenübergebrauchskopfschmerzen, differentialdiagnostisch Migräne mit Aura

Zudem nannte er eine Agoraphobie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1). Die Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit könne er nicht beurteilen (Ziff. 1. 6-1.9).

E. 4.12

Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 8. Juni 2017 (Urk. 13/161/5-6) aus, dass sämtliche aufgrund der Klagen seit dem Jahr 2010 durchgeführten elaborierten medizinischen Abklärungen keine neue längerdauernde Erkrankung habe zutage fördern können. Es sei die lumbale Bandscheibenproblematik mit sensibler L5-Symptomatik bestärkt worden (MRI April 2016, ENMG September 2016). Im Rahmen einer transienten fociobrachio-cruralen

Hemisymptomatik seien hypertensive Markläsionen im Hirn gefunden worden (August 2016), ein länger dauerndes klinisches Korrelat sei nicht gesehen worden. Auch eine entzündliche ZNS-Erkrankung sei ausgeschlossen worden. Zudem sei die psychische Situation seit dem Jahr 2010 unverändert. Somit liege keine längerdauernde Änderung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit seit dem Jahr 2010 vor.

E. 4.13

4.14), ist auf die Erfahrungstatsache hinzu weisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Der Arzt des J.____ legte lediglich dar, dass der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben seit dem Jahr 2015 unter LWS-Schmerzen ausstrahlend ins linke Bein leide (vorstehend E. 4.13). Inwiefern sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenaufhebung im Jahr 2010

verschlechtert haben soll, legte er weder dar, noch ist ein solcher ersichtlich. Demgegenüber führten die Ärzte des K.____ aus, der Beschwerdeführer sei seit dem Jahr 2005 aufgrund von zunehmenden LWS-Schmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein eingeschränkt. Eine Verschlechterung der Rückenbeschwerden machten die Ärzte des K.____ weder geltend, noch ist eine solche ausgewiesen.

In Bezug auf die Verdachtsdiagnose einer entzündlichen ZNS-Erkrankung ist festzuhalten, dass eine solche ausgeschlossen werden konnte. Bei der Beurteilung der Ärzte des J.____ und des K.____ handelt es sich demnach um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands.

Das Gleiche gilt für den Bericht des behandelnden Arztes Dr. L.____ vom Dezember 2017, der dem Beschwerdeführer aufgrund von Rückenschmerzen mit Schmerzausstrahlung ins linke Bein eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten attestierte (vorstehend E. 4.15). Ausserdem legte er nicht dar, inwiefern sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Jahr 2010 verschlechtert haben soll. Schliesslich attestierte der behandelnde

Chiropraktor

Dr. A.____ dem Beschwerdeführer im Februar 2016

aufgrund einer Lumboischialgie links eine seit Mai 2015 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vorstehend E. 4.1). Auch er begründete die Arbeitsunfähigkeit nicht. Zudem ist Dr. A.____

Chiropraktor und kein Arzt, weshalb ohnehin nicht auf seine Beurteilung abgestellt werden kann.

Schliesslich vermag auch der Untersuchungsbericht von Dr. E.____ vom November 2016, wonach ein komplexes neurologisches Ausfallmuster und Schmerzsyndrom bestehe, das vorläufig nicht geklärt sei, weshalb weitere Abklärungen notwendig seien und der Beschwerdeführer vorläufig für die belastende Tätigkeit in der Paketzustellung zu 100 % arbeitsunfähig sei (vorstehend E. 4.5), insbesondere aufgrund der Untersuchungsergebnisse des C.____ keine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustands auszuweisen.

In somatischer Hinsicht hat sich demnach der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenaufhebung im Jahr 2010 nicht wesentlich verändert. Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers (vorstehend E. 2.2) erweist sich somit als unbegründet.

E. 4.14

Die Ärzte des K.____ berichteten am 20. November 2017 über die interdisziplinäre Schmerzbehandlung des Beschwerdeführers (Urk. 13/184 = Urk. 3/3) und nannten dabei folgende – hier verkürzt aufgeführten – Diagnosen (S. 1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - spezifische isolierte Phobie (ICD-10 F40.2) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Verdacht auf Status nach Schädel-Hirntrauma bei Motorradunfall vom 18. September 2004 - Verdacht auf entzündliche ZNS-Erkrankung (Erstmanifestation August 2016) - lumbovertebrales Schmerzsyndrom

Der Beschwerdeführer sei seit 2005 aufgrund von zunehmenden LWS-Schmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein und einer Panikstörung infolge eines Motorradunfalls eingeschränkt und seit April 2015 zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der körperlichen Beschwerden seien ihm körperlich schwere Tätigkeiten oder Tätigkeiten mit

Zwangshaltungen (auch rein sitzend) nicht mehr zuzumuten. Des Weiteren leide der Beschwerdeführer seit dem Motorradunfall unter Panikattacken sowie einer depressiven Störung. Aufgrund der chronischen Schmerzen, der depressiven Störung und Angststörungen sei der Beschwerdeführer auch in einer leichten, angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 7 unten f.).

E. 4.15

Dr. med. L. ____, Facharzt für Neurologie, führte in seinem Schreiben vom 18. Dezember 2017 (Urk. 13/186 = Urk. 3/2) aus, dass der Beschwerdeführer seit April 2015 an Rückenschmerzen mit Schmerzausstrahlungen ins linke Bein leide. Diese Beschwerden hätten eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit zur Folge, da die Rückenschmerzen und auch die Schmerzausstrahlungen ins linke Bein unter Belastung zunehmen würden. Es seien somit nur leichtere Arbeiten möglich und unter diesen Bedingungen sei die vorhandene Arbeitsfähigkeit auf 50 % zu schätzen.

E. 4.16

RAD-Arzt Dr. I. ____, führte in seiner Stellungnahme vom 11. Januar 2018 (Urk. 13/188) aus, in den Berichten des J. ____, vom 19. Oktober 2017 (vgl. vorstehend E. 4.13) und des K. ____, vom 20. November 2017 (vgl. vorstehend E. 4.14) seien keine neuen Aspekte dargelegt worden. Es würden seit über einem Jahr widerlegte Diagnosen (z.B. entzündliche ZNS-Erkrankung) nochmals aufgeführt. Somit seien die Schlussfolgerungen nicht haltbar. Dr. L. ____, habe am 18. Dezember 2017 (vgl. vorstehend E. 4.15) die lange bekannte Rückenproblematik bestätigt und dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Bei unverändertem medizinischen Sachverhalt handle es sich hier um eine differente Bewertung der Arbeitsfähigkeit. Insgesamt lägen keine wesentlichen neuen medizinischen Sachverhalte vor, die eine Änderung seiner Stellungnahme vom 8. Juni 2017 erforderlich machen würden (vgl. vorstehend E. 4.12).

5.

E. 5

links als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1). In der angestammten Tätigkeit als Portier bestehe seit Mai 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Momentan sei ihm kaum eine andere Tätigkeit zumutbar (Ziff. 1.7).

E. 5.1

Im rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten von Dr. Y. ____, und Dr. Z. ____, vom September 2009

(vorstehend E. 3.2.1) diagnostizierten die Gutachter in somatischer Hinsicht Angaben von thorakalen und lumbalen Schmerzen mit/bei Rundrücken mit entsprechender leichter Einschränkung der Beweglichkeit, aber sonst fehlenden klinischen Befunden, radiomorphologischer Dehydratation der untersten zwei Bandscheiben im Sinne einer Protrusion L4/5 und L5/S1 und sicheren Zeichen für die Ausgestaltung und attestierten dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit.

Die medizinischen Abklärungen, die seit der erneuten Anmeldung des Beschwerdeführers zum Leistungsbezug im November 2015 (vgl. Urk. 13/119) erfolgt sind, haben die lumbale Bandscheibenproblematik mit sensibler L5-Symptomatik bestätigt. So zeigte das MRI der

LWS im April 2016 eine Diskusprotrusion L4/5 medial mehr nach links mit Reizung L5 links möglich und eine Diskusprotrusion L5/S1 paramedian rechts mit Kontakt zu S1 beidseits, hingegen keine Kompression oder zentrale Spinalkanalstenose (vorstehend E. 4.3). Die ENMG im September 2016 ergab, dass die neurografischen Befunde formal mit einer L5-Läsion links vereinbar sind (vorstehend E. 4.4). Das MRI der ganzen Wirbelsäule im Dezember 2016 zeigte schliesslich keine neuen Aspekte, insbesondere keine entzündlichen Veränderungen, eine andere neuronale Reizung oder demyelinisierende Läsionen (vorstehend E. 4.10). In der Folge hielten die Ärzte der D.____ des C.____ in ihrem Bericht vom März 2017 fest, dass keine weiteren rheumatologischen Verlaufskontrollen mehr vorgesehen seien. Zudem hielten sie fest, dass der Beschwerdeführer die Möglichkeit einer epiduralen Infiltration mehrmals abgelehnt habe und aktuell für eine weitere schmerzdistanzierende Behandlung nicht bereit sei. Schliesslich nahmen sie keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor (vorstehend E. 4.10). Nach dem Gesagten ist seit der Rentenaufhebung im Jahr 2010 in Bezug auf die Rückenproblematik keine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers auszuweisen.

Im Rahmen eines im Dezember 2016 durchgeführten MRI des Schädels wurden zudem mehrere periventrikuläre Marklagerläsionen gefunden, jedoch konnte eine chronische ZNS-Erkrankung ausgeschlossen werden, so dass in der Folge die Ärzte der G.____ des C.____ von weiteren diagnostischen und therapeutischen Massnahmen abgesehen und keine weiteren Kontrollen im Rahmen der neuroimmunologischen Sprechstunde mehr geplant haben (vorstehend E. 4.8). Eine diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit haben sie nicht attestiert (vorstehend E. 4.8).

E. 5.2

Im rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten von Dr. Y.____ und Dr. Z.____ vom September 2009 (vorstehend E. 3.2.1) nannten die Gutachter in psychiatrischer Hinsicht einen Verdacht auf eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) und attestierten dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit.

Die Ärzte des K.____ nannten im November 2017 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine spezifische isolierte Phobie (ICD-10 F40.2) und eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) als psychiatrische Diagnosen (vorstehend E. 4.14). Dabei führten sie aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Motorradunfall

unter Panikattacken sowie einer depressiven Störung leide. Basierend auf der depressiven Störung weise der Beschwerdeführer « Konzentrationsfähigkeit, eine erhöhte Ermüdbarkeit und Antriebsverlust » auf. Bei Stress reagiere er gehäuft mit Panikattacken, was darauf hindeute, dass die Stresstoleranz des Beschwerdeführers deutlich erniedrigt sei (Urk. 13/184 = Urk. 3/3 S. 7 f. unten). Aufgrund der chronischen Schmerzen, der depressiven Störung und Angststörungen beurteilten die Ärzte des K.____ den Beschwerdeführer seit April 2015 als zu 100 % arbeitsunfähig (vorstehend E. 4.14).

Der Beschwerdeführer machte bereits im Rahmen der rheumatologisch-psychiatrischen Begutachtung durch Dr. Y.____ und Dr. Z.____ im August 2009 (vgl. Urk. 13/68/19-54 S. 1) vor allem seine psychischen Beschwerden geltend, wobei er über Angstzustände und über eine Depression berichtete. Er berichtete darüber, Schwierigkeiten zu haben, unter Menschen zu gehen oder nach draussen spazieren zu gehen, er berichtete über ein häufiges,

einschnürendes Gefühl im Hals, über Atemnot, auch über Ängste umzufallen, und er berichtete, dass diese Beschwerden in der Rekrutenschule 2002 regelmässiger geworden seien. Der psychiatrische Gutachter hielt diesbezüglich fest, dass es dem Beschwerdeführer nicht gelungen sei, auf sogenannte offene Fragen hin konkretere Angaben zu diesen Störungen zu machen. Es sei ihm jeweils reichlich Zeit gelassen worden, Stellung nehmen zu können. Erst auf nachfolgende sogenannte geschlossene Fragen sei nerseits habe der Beschwerdeführer die vom Gutachter

« angebotenen » Beschwerden bestätigt. Es habe sich also eine erhebliche Diskrepanz zwischen seinen Antworten zu den offenen Fragen im Vergleich zu seinen Antworten zu den geschlossenen Fragen ergeben, wobei auszuschliessen sei, dass kognitive Defizite für diese Diskrepanz verantwortlich gewesen seien, da der Versicherte während der gesamten Untersuchung keinerlei kognitiven oder intellektuellen Defizite gezeigt habe. Die Angaben seien immer wieder sehr vage gewesen, es seien keine detaillierten Angaben zu den Beschwerden gemacht worden. Im objektiven Psychostatus habe der Versicherte erhebliche Diskrepanzen und Inkonsistenzen gezeigt. Sämtliche Dimensionen des objektiven Psychostatus hätten blande Befunde gezeigt.

Es resultiere also eine ganz erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu den erwähnten geschlossenen Fragen und den objektiven Untersuchungsbefunden. Es resultiere gleichzeitig sodann auch eine erhebliche Diskrepanz zwischen seiner objektiven Beurteilung und den ihm zur Verfügung stehenden psychiatrischen Vorakten (Urk. 13/68/19-54 S. 25 f. Ziff. 4.5). Der psychiatrische Gutachter hielt fest, dass zwar davon ausgegangen werden könne, dass gewisse Symptome einer Angst- beziehungsweise Panikstörung einmal vorgelegen hätten oder vielleicht diskret noch vorliegen könnten, auch wenn sie heute weder objektivierbar noch vom Beschwerdeführer subjektiv auf offene Fragen hin klar beschrieben werden könnten, die Untersuchungsergebnisse aber würden Symptome dieser Störung nicht nachweisen lassen (Urk. 13/68/19-54 S. 27 f. Ziff. 4.5). Er kam deshalb zum Schluss, dass die objektive Beurteilung nicht erlaube, eine psychiatrische Diagnose zu stellen. Weder gebe es genügend objektive Hinweise für eine Angststörung, womit auch die phobischen Störungen impliziert seien, noch gebe es genügend objektive Hinweise für eine depressive Störung (vorstehend E. 3.2.1).

Die von den Ärzten des K.____ genannten psychischen Beeinträchtigungen, die seit dem Motorradunfall, mithin seit September 2004 bestanden hätten, wie soeben dargelegt, bereits zum Zeitpunkt der rheumatologisch-psychiatrischen Begutachtung vorgelegen und wurden von den Gutachtern gewürdigt.

Eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit der Rentenaufhebung im Jahr 2010 wird von den Ärzten des K.____

weder geltend gemacht, noch ist eine solche ersichtlich. Zudem ist hinsichtlich der Beurteilung der Ärzte des K.____ auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Ein Arzt des J.____ nannte sodann im Oktober 2017 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine spezifische isolierte Phobie (ICD-10 F40.2) so wie einen Verdacht auf eine Zwangsstörung, differentialdiagnostisch zwanghafte Anteile, als psychiatrische Diagnosen und attestierte dem Beschwerdeführer eine seit April 2015 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit .

Dabei stützte er sich jedoch vorwiegend auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers (vorstehend E. 4.13). Auch er legte nicht dar, inwiefern sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenaufhebung im Jahr 2010 verschlechtert haben soll.

Die Ärzte der D.____ des C.____ legten in ihrem Bericht im September 2016 dar, dass ein psychiatrisches Konsil stattgefunden habe und der Beschwerdeführer bei Vorliegen einer Agoraphobie mit Panikstörung und rezidivierenden depressiven Störungen eine Nachbehandlung oder eine medikamentöse Einstellung abgelehnt habe (vorstehend E. 4.4). Ein Bericht bezüglich des psychiatrischen Konsils

sowie eine Begründung der psychiatrischen Diagnosen fehlen hingegen, weshalb der genannte Bericht nicht geeignet ist, eine Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustands zu begründen . Dasselbe gilt für die Berichte der Ärzte der D.____ des C.____ vom März 2017 (vorstehend E. 4.10) und eines Arztes des H.____ des C.____ vom Mai 2017 (vorstehend E. 4.11) , wonach der Beschwerdeführer an einer Agoraphobie mit Panikstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung beziehungsweise an einer Agoraphobie leide, fehlt doch eine Begründung der psychiatrischen Diagnosen. Ausserdem handelt es sich bei den Ärzten des C.____ um keine Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, weshalb in Bezug auf den psychiatrischen Gesundheitszustand ohnehin nicht auf ihre Beurteilung abgestellt werden kann.

Nach dem Gesagten ist seit der Rentenaufhebung im Jahr 2010 in psychiatrischer Hinsicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen. Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers (vorstehend E. 2.2) erweist sich somit als unbegründet.

E. 5.3

Zusammenfassend hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenaufhebung im Jahr 2010 nicht wesentlich verändert, weshalb weiterhin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten auszugehen ist. Dem entsprechend erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis I VG) und ermes sensweise auf Fr.

E. 8

00.-- anzusetzen. Die Kosten sind ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer

wird auf die Nachzahlungspflicht von § 16 Abs.

4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hingewiesen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Peter-Schwarzenberger

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