

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00283 vom 28. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00283

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00283 du 28 septembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00283 del 28 settembre 2018

Erwägungen

E. 1

Januar 2007 erhielt er wegen einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit Krankentag gelder. Am 2. März 2008 meldete er sich unter Hinweis auf einen Bandscheiben vorfall sowie Rücken- und Beinschmerzen auf der linken Seite bei der Invaliden versicherung zum Bezug einer Rente an (Urk. 10/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, prüfte zunächst die Durchführung beruflicher Massnahmen, erachtete die subjektive Eingliederungsfähigkeit indessen als nicht gegeben (Urk. 10/21). Zur Prüfung des Rentenanspruchs

holte sie zunächst Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte (Urk. 10/22-26) und hernach das bidisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische Gutachten der Z.____ vom 15. Mai respektive 17. Juni 2009 (Urk. 10/34, Urk. 10/36) ein.

Auf dieser Basis ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 37 % und verneinte mit Verfügung vom 23. Dezember 2009 das Bestehen eines Rentenanspruchs (Urk. 10/49 ; vgl. auch Urk. 10/45).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). 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).

E. 1.2

und I 212/03 vom 28. August

2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte

rechtskräftige Ein spracheentscheid , welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Renten anspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

Die Heranziehung eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt sodann voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundes gerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013, E. 6.2 mit Hinweisen). Umfasste die letztmalige materielle Beurteilung indessen nicht denselben anspruchserheb lichen Aspekt, mit dessen Veränderung die Revision begründet wird, gilt der nächstfrühere Entscheid mit entsprechenden Feststellungen als Vergleichsbasis (Urteil des Bundesgerichts 9C_384/2015 vom E. 3 mit Hinweis). 2.

2.1

Die Verneinung eines Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung begründete die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung und in der Beschwer deantwort damit, die Verhältnisse hätten sich seit Erlass der leistungsablehnenden Verfügung vom 3. Juli 2012 nicht in anspruchrelevanter Weise verändert. Zur Abklärung der neu im Bereich der Halswirbelsäule aufgetretenen Beschwerden habe sie das orthopädische Gutachten vom 2. August 2016 eingeholt, wonach sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers nicht verändert habe und seine Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten nicht eingeschränkt sei. Den ebenfalls beigezogenen Untersuchungsberichten der behandelnden Ärzte seien keine Anhaltspunkte für neue somatische Beeinträch tigungen zu entnehmen. Gleiches gelte für den psychischen Gesundheitszustand. Die vom B.____ gestellte Diagnose sei nicht aus reichend durch Befunde belegt und deshalb nicht nachvollziehbar. Gemäss Beur teilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) in den Stellungnahmen vom 16. August 2016 sowie vom 20. Dezember 2017 lägen lediglich andere Beurtei lungen des gleich gebliebenen medizinischen Sachverhaltes vor. Die vom Beschwerdeführer mit der Beschwerde eingereichten Arztberichte dokumentierten keine neuen, in den früher erstellten Arztberichten noch nicht beschriebenen medizinischen Tatsachen. Da keine gesundheitlich bedingten Einschränkungen bei der Stellensuche bestünden, seien das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) oder das Sozialamt für die Arbeitsvermittlung zuständig (Urk. 2 , Urk. 9). 2.2

Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, er habe Anspruch auf IV-Leistungen. Laut dem Bericht des B.____ vom 14. November 2017 leide er an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und habe seit dem 1. Juli 2017 wöchentliche Einzeltherapiesitzungen wahrgenommen. D ie Kritik der RAD-Ärztin C.____ in ihrer Stellungnahme vom 20. Dezember 2017, diese Diagnose könne mangels er füllter Hauptsymptome gemäss ICD -10 nicht nachvollzogen werden , überzeuge nicht. Die RAD-Ärztin sei nicht Fachärztin für Psychiatrie, womit ihr die Fachkompetenz zur Beurteilung psychischer Erkrankungen fehl e . Ferner beziehe sie sich auf ein Gutachten aus dem Jahr 2009, welches

nicht mehr aktuell sei, und berücksichtige die von den behandelnden Ärzten erhobenen aktuellen Symptome nicht.

Schliesslich habe sie ihn auch nicht persönlich untersucht. Da damit mindestens geringe Zweifel an der Beweiskraft ihrer Beurteilung vorlägen, könne rechtsprechungsgemäss nicht

darauf abgestellt werden.

Nebst der psychischen Problematik werde er durch die chronische Hustensymptomatik und die nicht abgeschlossenen HNO-Behandlungen, deren Auswirkungen auf den Husten noch nicht abschliessend geklärt seien, stark beeinträchtigt. Es sei zweifelhaft, ob er insbesondere aufgrund des dauernden Hustens überhaupt einer geregelten Arbeit nachgehen könne und einem potentiellen Arbeitgeber zumutbar sei. Der Husten führe nämlich zu Lärmbelastung, was es ihm verunmögliche, mit anderen Personen zusammenzuarbeiten. Sodann kämen wegen hygienischer Bedenken gewisse Branchen für einen Arbeitseinsatz gar nicht in Frage, und seine Produktivität sei während der Hustenanfälle gleich null. Die Zumutbarkeit für einen Arbeitgeber, ihn einzustellen, könne im Rahmen der von ihm beantragten beruflichen Eingliederungsmassnahmen im Sinne von Art. 8 Abs. 1 IVG abgeklärt werden. Die Voraussetzungen für deren Zusprechung seien erfüllt. Die IV-Stelle gehe nämlich von einem Invaliditätsgrad von 37 % aus und habe ihm am 24. Juni 2008 die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen zugesichert, falls er sich wieder bei ihr melde. Ihm diese nun zu verweigern, sei treuwidrig und verletze sein in diese Auskunft gesetztes Vertrauen (Urk. 1 S. 7 ff.).

Die IV-Stelle habe im aktuellen Revisionsverfahren lediglich ein orthopädisches Gutachten eingeholt. Zusätzlich bestehe aber Abklärungsbedarf in den Fachdisziplinen Psychiatrie, Otorhinolaryngologie und allenfalls Pneumologie; zur Auswirkung der Hustensymptomatik, der HNO-Gesundheitsschäden und des Schlafapnoe-Syndroms auf die Arbeitsfähigkeit habe die IV-Stelle bisher gar keine Abklärungen getätigt. Deswegen und weil die IV-Anmeldung bereits 2016 erfolgt sei, müsse zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts ein Gerichtsgutachten eingeholt werden (Urk. 1 S. 3).

E. 1.3

Bei einem Treppensturz im März 2010 hatte sich der Versicherte am Daumengelenk der linken Hand

verletzt. Am 17. Oktober 2011 meldete er sich erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 10/61, Urk. 10/63). Nach medizinischen und beruflichen Abklärungen verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom

E. 1.3.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

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

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

E. 1.3.2

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Anlass zur Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E.

E. 1.4

Am 4. März 2016 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 10/89). Da den Verlaufsberichten

der behandelnden Ärzte Hinweise für eine Beeinträchtigung der Halswirbelsäule zu entnehmen waren (Urk. 10/93, Urk. 10/100/2), liess die IV-Stelle den Versicherten durch Dr. med. A.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie, begutachten (Urk. 10/94-97). Dr. A.____

attestiert dem Versicherten in ihrem Gutachten vom 2. August 2016 unverändert eine vollständige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten (Urk. 10/99/14-15, Urk. 10/99/17). Gestützt darauf stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 31. August 2016 die erneute Abweisung seines Leistungsbegehrens mangels einer anspruchrelevanten Veränderung des Sachverhalts in Aussicht (Urk. 10/101). Nachdem der Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (Urk. 10/102, Urk. 10/104), zog die IV-Stelle weitere Arztberichte bei (Urk. 10/109, Urk. 10/114, Urk. 10/124, Urk. 10/131). Am 12. Mai 2017 stellte der Versicherte erneut ein Gesuch um Zusprechung beruflicher Eingliederungsmassnahmen (Urk. 10/129). Am 21. August 2017 teilte ihm die IV-Stelle mit, weitere medizinische Angaben zu benötigen, um berufliche Massnahmen prüfen zu können (Urk. 10/139). Nach Eingang des psychiatrisch-psychologischen Berichts des B.____ vom 14. November 2017 (Urk. 10/144) holte sie zunächst die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes vom 20. Dezember 2017 ein (Urk. 10/147/5-6). Mit Verfügung vom 14. Februar 2018 verneinte sie das Bestehen eines Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Thomas Wyss, mit Eingabe vom 19. März 2018 Beschwerde und beantragte die Zusprechung der gesetzlichen Leistungen, insbesondere von Eingliederungsmassnahmen und einer Rente. Zudem sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und in der Person des unterzeichnenden Rechtsanwalts ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen. Ferner sei durch das Gericht ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 3.

Mai 2018 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). In Gutheissung seines Gesuchs bewilligte das Gericht dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 9. Mai 2018 die unentgeltliche Prozessführung und bestellte ihm Rechtsanwalt Thomas Wyss als unentgeltlichen Rechtsvertreter (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3

/1). In Würdigung dieser Befunde gelangte Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Medizin vom RAD, am 25. Mai 2016 zur Beurteilung, die Lungen, die Sinus- und die Abdomen befunde wirkten sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus, hingegen habe sich das Belastungsprofil aufgrund der Befunde in der Halswirbelsäule möglicherweise verändert. Deshalb sei ein orthopädisches Gutachten einzuholen (Urk. 10/100/2).

Dr. A.____ begutachtete den Beschwerdeführer orthopädisch. Ihr Gutachten vom 2. August 2016 basiert auf den Vorakten, den am 28. Juli 2016 erhobenen Untersuchungsbefunden sowie den am Untersuchungstag angefertigten Röntgen bildern der Lendenwirbelsäule (Urk. 10/99/1, Urk. 10/99/5). Der Beschwerdeführer gab der Gutachterin unter anderem an, seit 30 Jahren unter chronischem Husten zu leiden. Die Gutachterin bemerkte während der Untersuchung häufiges Husten des Beschwerdeführers (Urk. 10/99/8, Urk. 10/99/10). Dr. A.____ diagnostizierte eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule bei Fehlstatik, Haltungsinsuffizienz, muskulärem Hartspann und verschmächtigter Rumpfmuskulatur. Radiologisch zeigten sich eine Degeneration mit Protrusion/Bandscheibenvorfall in Höhe HWK 6/7, degenerative Veränderungen der unteren Brustwirbelsäule rechtsbetont und geringe degenerative Veränderungen lumbal und der Iliosakralgelenke, ohne nervenwurzelbezogene neurologische Defizite. Zudem bestehe beidseits eine verkürzte Ischiokruralmuskulatur ohne Dehnungsschmerzen. Die Iliosakralgelenke seien bei beginnenden degenerativen Veränderungen beidseits cranial druck schmerzhaft. Trotz Arthrolyse nach einer Bandoperation bei Status nach Bandverletzung bestünden im linken Daumengrundgelenk ulnar weiterhin Druck schmerzen. Ferner bestehe eine Fehl- und Überbelastung des Bewegungsapparates bei einem Übergewicht von etwa 15 kg. Insgesamt sei der Allgemeinzustand reduziert. In ihrer abschliessenden Beurteilung hielt sie fest, der Beschwerdeführer sei in den Jahren 2006 bis 2012 stundenweise in einer Recycling-Stelle tätig gewesen. Nach seinen Beschwerden befragt habe er an erster Stelle den Husten genannt, gefolgt von Wirbelsäulen- und Gelenksbeschwerden. Seine Bewegungsmuskulatur sei insgesamt gut trainiert bei Hinweisen auf eine Verschmächtigung der Haltemuskulatur. Die bildgebend im Bereich der Halswirbelsäule erhobenen Befunde hätten kein klinisches Korrelat und damit keinen Einfluss auf die Beschwerdesymptomatik. Aus orthopädischer Sicht sei eine Gewichtsreduktion indiziert bei funktionell ungünstig stammbetonter Adipositas. Die verkürzte Ischiokruralmuskulatur müsse gedehnt, und die Haltemuskulatur gekräftigt werden. Problematisch sei der Lebensstil des Beschwerdeführers mit kurzer Nachtruhe und dem Verbringen eines wesentlichen Teils des Tages liegend vor dem Fernseher. Er benötige einen strukturierten Tagesablauf. Notwendig sei eine allgemeine Reaktivierung, auch zur Verbesserung des Hustens und des ausgeprägten Schwitzens. Aus orthopädischer Sicht seien ihm ab sofort körperlich leichte und gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten, welche in wechselnder Ausgangslage verrichtet werden könnten, zumutbar. Aufgrund der Atembeschwerden und des häufigen Schwitzens seien wechselnde Temperaturen in der Arbeitsumgebung ungünstig. Wegen des Hustens sollten Tätigkeiten, die zur Reizung der Atemwege führten, vermieden werden (Urk. 10/99/13-15, Urk. 10/99/18). Der Gesundheitszustand sei seit der letzten Revision

annähernd gleich geblieben (Urk. 10/99/17).

E. 3.1

Zu r

Prüfung eines Rentenanspruchs ist nachfolgend zu untersuchen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der erstmaligen Rentenablehnung mit der rechtskräftigen Verfügung vom 23. Dezember 2009 (Urk. 10/49) wesentlich verändert hat. Die darauffolgende Revisionsverfahren abschließende Verfügung vom 3. Juli 2012 (Urk. 10/73) beruhte im Gegensatz zur Verfügung vom 23. Dezember 2009 nicht auf interdisziplinären, auch psychiatrischen Abklärungen (vgl. Urk. 10/41/5-6, Urk. 10/70), weshalb sie als Vergleichsbasis für die hier zu beurteilenden psychischen Beschwerden nicht taugt. Die

Nichteintretensverfügung vom 21. Mai 2013 (Urk. 10/87) erging sodann nicht gestützt auf eine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung (Urk. 10/84; vgl. vorstehend E. 1.3.2).

E. 3.2

Der rechtskräftigen Verfügung vom 23. Dezember 2009 lag in medizinischer Hinsicht das interdisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische Gutachten der Z.____ vom 15. Mai respektive 17. Juni 2009 zugrunde.

Die rheumatologische Gutachterin Dr. med. D.____, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie, untersuchte den Beschwerdeführer am 28. April 2009 (Urk. 10/34/1, Urk. 10/36/1) und zog den Befund der MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom 30. April 2009 bei (Urk. 10/34/13, Urk. 10/34/25). Ihrer Darstellung der Krankheitsentwicklung und der Vorkakten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 5. bis 19. Februar 2009 wegen eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms in der E.____ hospitalisiert war. Da er den Ärzten angab, im Dezember 2006 eine Lungenentzündung durchgemacht zu haben und seit drei Monaten unter einer Reizhustensymptomatik zu leiden, veranlassten sie eine Thorax-Röntgenuntersuchung und eine Lungenfunktionsprüfung, welche keine Hinweise für eine restriktive/obstruktive Ventilationsstörung ergab. Die am 26. März 2009 durchgeführte CT-Untersuchung des Thorax ergab ein geringes Lungenemphysem sowie postentzündliche Narben anterobasal links (Urk. 10/34/10-12). Dr. D.____ diagnostizierte in ihrem Teil des Gutachtens vom 15. Mai 2009 ein lumbospondylogenes Syndrom links mit degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule und zwei kleinen Diskushernien L4/5 und L5/S1 mit Tangierung der Nervenwurzeln L5 beidseits sowie S1 beidseits, klinisch ohne radikuläre Zeichen. Weiter erwähnte sie bei den Diagnosen eine leichte chronische Hepatopathie unklarer Ätiologie mit aktuell erhöhtem γ GT, bekannt seit 1999, und einen leichten Vitamin D-Mangel (Urk. 10/24/25). Unter Berücksichtigung der Untersuchungsbefunde und der Schmerzangaben des Beschwerdeführers sei davon auszugehen, dass ihm seit dem 22. Januar 2007 nur noch eine leidensangepasste wechselbelastende Tätigkeit mit einem leichten bis mittelschweren Belastungsniveau (heben und tragen von Lasten bis 15 kg) ohne das längere Verharren in vornüber geneigter Haltung sowie ohne unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen zu 100% zumutbar sei (Urk. 10/34/27). Bisher sei noch keine konsequente medikamentöse Schmerztherapie durchgeführt worden, insofern sei eine wichtige Therapie-Option noch nicht ausgeschöpft worden. Prognostisch sei zu erwarten, dass er langfristig Tätigkeiten ohne starke Rückenbelastung verrichten können (Urk. 10/34/26, Urk. 10/34/28).

Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchte den Beschwerdeführer am 2. April 2009 und liess ihn mehrere psychologische Tests absolvieren (Urk. 10/36/1-2). In anamnestischer Hinsicht berichtete ihm der Beschwerdeführer, eine normale frühkindliche Entwicklung durchgemacht zu haben. Die familiären Verhältnisse seien normal gewesen; er habe sechs Geschwister gehabt.

Die Familie habe immer Geldsorgen gehabt und mehrfach umziehen müssen. Nach einem Umzug nach Zürich habe er im Teenageralter eine Phase mit delinquentem Verhalten, insbesondere Einbrüchen, durchgemacht. Deshalb sei er mehrmals im Gefängnis gewesen. Mit 19 Jahren habe er seine kriminellen Aktivitäten eingestellt. Die Schule habe er nicht beendet, und weil er keine Lehrstelle gefunden habe; er sei danach einfach als Hilfskraft arbeiten gegangen. Er habe bis zum Auftreten der starken Rückenbeschwerden im Januar 2007 in verschiedenen angelernten Tätigkeiten teilweise langjährige Anstellungen gehabt. Seit einem Infekt vor 12 Jahren seien die Leberwerte nicht in Ordnung. Er habe einmal eine Lungenentzündung gehabt und eine Zeitlang an unklaren Magenproblemen gelitten. Einmal habe er sich in psychiatrischer Behandlung befunden: Vor 20 Jahren sei er während einer Woche in der G.____ hospitalisiert gewesen. Grund dafür sei gewesen, dass ihm jemand etwas ins Bier getan habe, worauf er für 10 Minuten weggegangen sei und sich in dieser Zeit die Pulsader aufgeschnitten habe. Mit 40 Jahren habe er seine Ehefrau geheiratet, das Paar habe zwei Kinder. Die familiären Verhältnisse seien normal und stabil. Aktuell werde er hauptsächlich durch die Rückenbeschwerden in der Lendenwirbelsäule, welche in die Beine ausstrahlen, beeinträchtigt. Diese seien von wechselnder Stärke, würden aber nie ganz weggehen. Nachts erwache er wegen diesen Schmerzen 10 bis 12 Mal.

Des Weiteren sei die Drehung der Halswirbelsäule erschwert, hinzu kämen Probleme mit dem Magen, welche von leichtem Bauchweh bis hin zu Krämpfen variieren würden. Psychische Beschwerden habe er nicht. Er habe jedoch Existenzangst, wenn er daran denke, wie es weitergehen solle. Wenn er keine Familie hätte, würde er öfter daran denken, wegen der Schmerzen mit dem Töff in die Wand zu fahren.

Er habe viele Interessen aufgeben müssen, insbesondere könne er seit zwei Jahren nicht mehr Töff fahren. Er gehe jetzt jeden Tag schwimmen, da seine Schmerzen im Wasser erträglich seien. Er habe noch ein bis zwei gute Kollegen, ansonsten keine weiteren Kontakte oder Freizeitaktivitäten. Solange seine Schmerzen in der aktuellen Ausprägung anhielten, könne er keine Arbeit verrichten. Eine Umschulung sei für ihn kein Thema. Er traue sich dies nicht mehr zu, könne sich dazu nicht genug konzentrieren und sei zu vergesslich (Urk. 10/36/3-6).

Dr. F.____ erhob keine besonderen psychischen Befunde, insbesondere wertete er die Bemerkung des Beschwerdeführers, ohne Familie daran zu denken, mit dem Töff in die Wand zu fahren, nicht als Hinweis auf eine akute oder kürzlich zurückliegende Suizidalität. Die vom Beschwerdeführer ausgefüllte Symptom-Checkliste ergab, dass er (subjektiv) unter einer deutlich überdurchschnittlichen allgemeinen psychischen Belastung litt. Auch habe er eine deutlich erhöhte Belastung bei Konzentrationsstörungen, depressiven Symptomen, körperlich spürbarer Nervosität und körperlichen Symptomen angegeben. Der durchgeführte Aufmerksamkeits-Belastungs-Test ergab deutlich unterdurchschnittliche Konzentrationsleistungen und Sorgfaltsleistungen. Das Bearbeitungstempo war leicht unterdurchschnittlich, die Testleistungen insgesamt qualitativ deutlich und quantitativ leicht unterdurchschnittlich. Der Konzentrations-Verlaufs-Test ergab durchschnittliche Tempo-, Konzentrations- und Sorgfaltsleistungen. Dr. F.____ konnte keine psychiatrischen

Diagnosen stellen. Er hielt in seiner abschliessenden Beurteilung fest, sowohl die berufliche Integration als auch die stabilen Familienverhältnisse sprächen trotz der delinquenten Phase in der Jugend gegen das Vorliegen einer dissozialen Persönlichkeitsstörung. Auch fehlten Hinweise für eine relevante Alkoholproblematik in den letzten Jahren. Insgesamt fehlten Anhaltspunkte für eine psychische Komorbidität zu den Rückenbeschwerden. Eine somatoforme Schmerzstörung könne nicht diagnostiziert werden, da nicht erkennbar sei, dass im Zeitpunkt des Beginns der verschärften Rückenbeschwerden intrapsychische Konflikte oder psychosoziale Belastungssituationen bestanden hätten, welche als entscheidende ursächliche Einflüsse für das Auftreten der Schmerzen in Frage kämen. Sowohl die familiären als auch die beruflichen Verhältnisse seien vom Beschwerdeführer als in jener Zeit intakt beschrieben worden, und er habe keine psychischen Belastungen beschrieben. Die teilweise auffälligen testpsychologischen Befunde hinsichtlich der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome und der Konzentrations- und Sorgfaltsleistungen könnten mangels entsprechender Hinweise nicht durch ein psychisches Krankheitsbild erklärt werden. Möglicherweise hätten auch die Gesamtverfassung des Beschwerdeführers und die Gutachtensituation zu diesen Ergebnissen beigetragen. Mangels einer psychiatrischen Diagnose könne auf dem psychiatrischen Fachgebiet keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden.

Berufliche Eingliederungsmassnahmen erschienen wenig sinnvoll, da der Beschwerdeführer diesen kritisch bis ablehnend gegenüberstehe (Urk. 10/36/6-10).

Abschliessend bemerkten die Gutachter, dass der Beschwerdeführer habe sich selbst als vollständig arbeitsunfähig eingeschätzt. Diese Einschätzung könne weder aus rheumatologischer noch psychiatrischer Sicht mit objektivierbaren Befunden bestätigt werden (Urk. 10/36/11).

E. 3.3.1

Im Nachgang zur Neuanschuldung zum Leistungsbezug vom 4. März 2016 (10/89) ging bei der IV-Stelle der MRI-Befund der Halswirbelsäule vom 12. November 2015 ein, welcher wegen therapieresistenten Schmerzen im Schulterbereich C4 links sowie Hypästhesien in den Fingern 1-3 links veranlasst worden war. Demnach zeigte sich eine Diskushernie im Segment HWK 6/7 mit deutlicher Einengung des Neuroforamens C7 links und geringfügiger Einengung rechtsseitig (Urk. 10/93/2). Im Verlaufsbericht vom 11. April 2016 führte der Hausarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Innere Medizin, bei den Diagnosen einen chronischen Husten, differentialdiagnostisch eine Sarkoidose, eine Lymphozytose mit erhöhtem CD4/CD8-Quotienten, ein Lungenemphysem

bei Status nach Nikotinabusus, eine chronische Pansinusitis, eine chronische Hepatopathie sowie eine behandelte gastroösophageale

Refluxsymptomatik auf (Urk. 10/9

E. 3.3.2

In einem Bericht vom 31. Oktober 2016 erwähnte der behandelnde Arzt Dr. med. J.____, Facharzt für Chirurgie, unter anderem, dass ein Kontroll-MRI der Lendenwirbelsäule vom 26. Oktober 2016 gegenüber der Voruntersuchung keine wesentliche Änderung ergeben habe: Nach wie vor bestehe eine Diskushernie L4/5 und L5/S1 mit entsprechender Kompression der Nervenwurzel L5 links (Urk. 10/109/1-2). In seinem Verlaufsbericht vom 3. Februar 2017 wird bei den Diagnosen erstmals eine Gonarthrose erwähnt. Dem Bericht

ist zu entnehmen, dass eine neurologische Untersuchung mittels EMG und EEG unauffällige Befunde ergab, so dass Hinweise für eine relevante Läsion einer zervikalen, lumbalen oder sakralen Wurzel fehlten. Der Neurostatus war bis auf eine Hypästhesie im Bereich der linken unteren Extremität lateral links unauffällig. Wegen des rezidivierenden zervikal und lumbal betonten Panvertebralsyndroms mit belastungsabhängigen Beschwerden war dem Beschwerdeführer nach Auffassung von Dr. J.____ bis auf weiteres keine Tätigkeit mehr zumutbar (Urk. 10/114/1-5; vgl. den Bericht von Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, vom 8. November 2016

[Urk. 10/124]).

E. 3.3.3

Dr. L.____, Fachärztin für Pneumologie und Innere Medizin des

M.____, behandelte den Beschwerdeführer spätestens seit dem 26. März 2015 wegen des Hustens, welcher gemäss seinen Angaben seit Jahren bestand, mal mehr, mal weniger (Urk. 10/109/14-15; vgl. auch Urk. 10/109/4-13).

In ihrem Verlaufsbericht vom 19. Juli 2017 diagnostizierte sie im Wesentlichen ein differentialdiagnostisch multifaktoriell bedingtes

chronisches Husten bei einer chronischen Pansinusitis, einer Reflux-Erkrankung, einem mittelschweren obstruktiven Schlafapnoesyndrom sowie einer möglichen laryngealen Hypersensitivität. Als Diagnosen führte sie weiter eine fragliche pulmonale Sarkoidose

und ein Lungenemphysem auf. Sie hielt fest, die Ursache des seit Jahren bestehenden Hustens sei nicht klar. Diverse Therapieversuche hätten keine nachhaltige und reproduzierbare Besserung gebracht. Auch die CPAP-Therapie habe bisher keinen Erfolg gezeigt, wobei der Beschwerdeführer die CPAP-Maske erst wenige Stunden am Stück anwenden könne. Sie habe ihn zur fachärztlichen Reevaluation an das N.____ überwiesen (Urk. 3/3).

Dr. med. P.____, klinischer Dozent im N.____ der O.____, untersuchte den Beschwerdeführer am

E. 3.3.4

Die Psychiater und Psychologen des B.____ behandelten den Beschwerdeführer vom 15. November 2016 bis 19. Januar 2017 und – nachdem er für sie zwischenzeitlich nicht mehr erreichbar war (Urk. 10/128) – erneut ab dem 1. Juli 2017 regelmässig im Rahmen ärztlicher Kontrollen und wöchentlicher Einzeltherapien (Urk. 10/144/7). In ihrem Bericht vom 14. November 2017

fürten sie bei den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) auf; bei den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten sie unter anderem die mittelstark ausgeprägte chronische Rhinosinusitis mit Polypen, die stark ausgeprägte Nasenseptumdeviation nach links, die chronische Hustensymptomatik und das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom. Der Beschwerdeführer gab den Spezialisten des B.____

zu Therapiebeginn an, seit den zunehmenden Schmerzen in der Lendenwirbelsäule im Jahr 2004 und in der Halswirbelsäule im Jahr 2016 unter Depressionen zu leiden. Laut den Spezialisten ergab sich im weiteren Therapieverlauf aufgrund von neuen anamnestischen Angaben jedoch, dass er bereits in seiner Kindheit unter depressiven Stimmungen und

negativen Gedanken litt . Aktuell bestünden Schlafstörungen (Durchschlaf 3-4 Stunden), Appetitminderung, Lust- und Intereselosigkeit, Lärmempfindlichkeit, Rückzug, Gedankenkreisen , Sinnlosigkeitsgedanken (Suizidideen ohne akute Suizidalität), deutliche Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit, Traurigkeit, Weinen. Als somatische Beeinträchtigungen bestünden nach Angaben des Beschwerdeführers der chronische und sehr intensive Husten, erhöhte Leberwerte, Schmerzen im linken Daumen, in den Knien beidseits (Arthritis), im Hals und im hinteren Halsbereich, eine ständig geschwollene Nase sowie Atemschwierigkeiten. Aus seiner Sicht hingen die psychischen Symptome mit den chronischen Schmerzen zusammen. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Depressionen des Vaters und der Überforderung der Mutter nur sehr begrenzt ein positives Selbst- und Weltbild entwickeln können. Dafür spreche auch, dass im therapeutischen Kontakt Bindungsschwierigkeiten feststellbar gewesen seien ; insbesondere verfüge der Beschwerdeführer über eine nur sehr begrenzte Reflexions- und Introspektionsfähigkeit, bagatellisiere seine Probleme, neige zu Vermeidungsstrategien im Sinne von oberflächlichen Gesprächen und sei allgemein weniger spürbar. In den letzten sechs Therapiesitzungen habe sich eine leichte Besserung seiner Fähigkeit, sich zu öffnen, beobachten lassen. Aufgrund einer stark ausgeprägten, klinisch relevanten, chronifizierten depressiven Symptomatik sei er weiterhin auch für angepasste Tätigkeiten arbeitsunfähig . Die Schmerzsymptomatik trage zur depressiven Symptomatik wesentlich bei und halte sie aufrecht. Wegen der schmerzbedingten deutlichen körperlichen Einschränkungen und der depressiven Symptome könne er aktuell nicht in den 1. Arbeitsmarkt eingegliedert werden, wobei auch eine Integration in den 2. Arbeitsmarkt oder eine anderweitige Integrationsmassnahme derzeit nicht zumutbar seien (Urk. 10/144/6-9).

E. 3.3.5

Am 20. Dezember 2017 würdigte med. pract . C. ___ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie vom RAD, die ihr vorgelegten neusten medizinischen Verlaufsberichte versicherungsmedizinisch. Dabei gelangte sie zur Beurteilung, aus somatischer Sicht könne am Ergebnis der Begutachtung durch Dr. A. ___ festgehalten werden , weil im Rahmen der neurologischen Zusatzuntersuchung sowohl eine radikuläre Symptomatik als auch eine Epilepsie habe ausgeschlossen werden können. Die im Bericht des B. ___ erwähnten somatischen Befunde seien bekannt und bereits berücksichtigt worden. Durch den Bericht vom 14. November 2017 seien sodann keine neuen psychischen Beeinträchtigungen ausgewiesen. Die im Bericht gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung stütze sich bloss auf die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers. Ärztliche Befunde, welche frühere depressive Episoden belegten, lägen nicht vor, der Suizidversuch im Jahr 1983 sei aktenkundig unter dem Einfluss von Drogen erfolgt. Ferner fehlten Anhaltspunkte für psychiatrische Therapien zwischen 1983 und dem Beginn der Therapie im medizinischen Zentrum S. ___ . Im psychiatrischen Gutachten aus dem Jahr 2009 sei ein psychisches Leiden ausgeschlossen worden, und der im Bericht erwähnte psychopathologische Befund erfülle die Kriterien für die Diagnose einer rezidivierenden mittelgradigen depressiven Störung gemäss ICD-10 nicht: Über einen Interessens- und Freudverlust oder Verlust der Fähigkeit zur Freude und Trauer werde nicht berichtet, ebenso wenig wie über einen verminderten Antrieb. Von den drei Hauptsymptomen nach ICD 10 sei allenfalls einzig die depressive Stimmung ausgewiesen. Deshalb könne die psychiatrische Diagnose nicht nachvollzogen werden. Insgesamt sei von einem unveränderten medizinischen Sachverhalt auszugehen (Urk. 10/147/5-6) . 4. 4.1

Med. pract . C.____

ist zwar zuzustimmen, dass sich hinsichtlich der von der Lendenwirbelsäule ausgehenden Beschwerden trotz entsprechender Klagen des Beschwerdeführers mittels apparativer Untersuchungsmethoden (insbesondere MRI-Bilder , EEG und EMG) keine wesentliche Veränderung seit der Untersuchung durch die Gutachterin Dr. D.____

feststellen liessen.

Auch der von Dr. J.____ beziehungsweise Dr. K.____ erhobene Neurostatus präsentierte sich weitgehend unauffällig und unverändert (vgl. E. 3.3.2 hiervor). Für die bildgebend im Bereich der Halswirbelsäule erhobenen Befunde fand Dr. A.____ kein klinisches Korrelat vor, weshalb sie nicht davon ausging, dass die degenerativen Halswirbelsäulenveränderungen einen Einfluss auf die Beschwerdesymptomatik hatten.

Im zeitlichen Verlauf wurden in den medizinischen Berichten aber mit der chronischen Pansinusitis (gemäss Verlaufsbericht von Dr. H.____ vom 11. April 2016 [Urk. 10/93 /1]), der Kniearthrose beziehungsweise – arthritis (laut Verlaufsbericht von Dr. J.____ vom 3. Februar 2017 [Urk. 10/114] beziehungsweise des B.____ vom 14. November 2017 [Urk. 10/144/6]) sowie

dem mittelschweren obstruktiven Schlafapnoesyndrom (gemäss Bericht von Dr. L.____ vom 19. Juli 2017 [Urk. 3/3]) neue somatische Diagnosen erwähnt. Zudem ergeben sich aus dem Bericht von Dr. P.____ vom 8. September 2017 Hinweise, wonach sich die chronische Hustensymptomatik im letzten Jahr weiter verstärkt habe (Urk. 3/4 S. 1). Dessen Ursache konnte bisher nicht restlos geklärt werden, wobei zusätzlich die Verdachtsdiagnose einer pulmonalen Sarkoidose gestellt wurde (Urk. 3/3). Dr. A.____ erwähnte im Vergleich zur Vorgutachterin Dr. D.____

denn auch neue qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit wegen der Atembeschwerden, häufigen Schwitzens sowie des Hustens (Urk. 10/99/15). Schliesslich bestehen aufgrund des Berichts vom 14. November 2017 der Psychiater und Psychologen des B.____

Hinweise , dass sich auch der psychische Gesundheitszustand im relevanten Zeitraum verschlechtert haben könnte. Gestützt auf die erhobenen Befunde gelangten

die Ärzte zur Beurteilung, dass der Beschwerdeführer seine psychischen Probleme in der Vergangenheit aufgrund einer begrenzten Reflexions- und Introspektionsfähigkeit bagatellisiert habe und effektiv an einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode leide (Urk. 10/144/6-9).

Von Bedeutung ist auch, dass der rechtskräftigen rentenablehnenden Verfügung vom 23. Dezember 2009 ein

Invaliditätsgrad von 37 % zugrunde lag, wobei bei der Ermittlung des Invalideneinkommens gestützt auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) ein leidensbedingter Abzug von

E. 6

September 2017. In seinem Bericht vom

E. 8

September 2017 diagnostizierte er im Wesentlichen eine mittelstark ausgeprägte chronische Rhinosinusitis mit Polypen und eine stark ausgeprägte Nasenseptum deviation nach links. Laut seiner Beurteilung könnten diese Diagnosen die chronische Hustensymptomatik, welche im Gegensatz zu früheren kürzeren Episoden seit gut einem Jahr persistieren, haben. Weitere Faktoren für den chronischen Husten seien der bekannte

Gastro-oesophageale Reflux, therapiert mit Pantoprazol sowie das

obstruktive Schlafapnoe-Syndrom. Aus therapeutischer Sicht bestehe auch eine Indikation zur Durchführung einer Nasenseptumplastik sowie einer Fronto-Sphäno-Ethmoidektomie beidseits. Dadurch könne einerseits die Toleranz der CPAP-Maske verbessert werden, andererseits die Therapie der chronischen Rhinosinusitis und der Hustensymptomatik positiv beeinflusst werden (Urk. 3/4).

E. 10

% berücksichtigt wurde (Urk. 10/49/2).

Angesichts dessen genügt bereits eine geringfügige qualitative (Anlass zu einem höheren leidensbedingten Abzug gebende) oder quantitative Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit, damit ein Invaliditätsgrad von 40 % erreicht wird und damit ein Rentenanspruch entsteht .
4.2

Mithin bestehen Anhaltspunkte, dass sich der Gesundheitszustand seit der erstmaligen Rentenablehnung mit der Verfügung vom 23. Dezember 2009 (Urk. 10/49) erheblich verändert hat. Anhand der vorliegenden medizinischen Berichte lassen sich die Auswirkungen sämtlicher somatischer und psychischer Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit aber nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bestimmen. Die Dres. L.____ und P.____

nahmen in ihren Berichten nicht zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der in ihre jeweiligen Fachbereiche (Pneumologie und Oto-Rhino-Laryngologie) fallenden Beeinträchtigungen Stellung. Aufgrund ihrer Berichte lässt sich auch nicht feststellen, inwiefern die Hustensymptomatik, wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht, wegen ihres häufigen Auftretens und ihrer Intensität störend auf die Umgebung wirkt und dazu führt, dass gewisse Branchen wegen hygienischer Bedenken für einen Arbeitseinsatz nicht mehr in Frage kommen.

Es ist unklar, inwiefern diese Faktoren einen Einfluss auf die erwerbliche Verwertbarkeit des verbliebenen Leistungsvermögens haben.

Der Chirurg Dr. J.____ attestierte zwar eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/114/1-5).

Seine Beurteilung steht aber in einem dermaßen deutlichen Widerspruch zu derjenigen der Orthopädin Dr. A.____, dass nicht auszuschließen ist, dass darin auch invalidenversicherungsrechtlich nicht massgebliche Überlegungen, etwa therapeutischer Natur, berücksichtigt wurden; folglich kann auf seine Beurteilung nicht abgestellt werden. Im Bericht des B.____ vom 14. November 2017

fehlt eine Stellungnahme zur Entwicklung des psychischen Gesundheitszustands im zeitlichen Verlauf sowie eine Auseinandersetzung mit der psychiatrischen Begutachtung von Dr. F.____ im Jahr 2009. Da bei den Diagnosen angegeben wird, die rezidivierende Depression bestehe seit 1985 (Urk. 10/144/7), kann nicht ausgeschlossen werden, dass die

Fachspezialis ten

zumindest zum Teil eine hier unbeachtliche, andere Beurteilung des gleich gebliebenen Sachverhalts vorgenommen haben (vorstehend E. 1.3.2). Zudem wurde die Arbeitsfähigkeit nicht in Anwendung der gemäss 143 V 409 bei leichten und mittelgradigen Depressionen zu beachtenden Standardindikatoren fest gelegt. Hinsichtlich der Beurteilung von med. pract . C.____ vom RAD schliess lich ist zu beachten, dass diese Ärztin den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht hat. Zudem ist sie orthopädische Chirurgin . Deshalb ist ihr Bericht für sich allein nicht geeignet , um eine beweiskräftige, der Beurteilung der behandelnden Fachärzte widersprechende Einschätzung der Auswirkung der Psyche auf die Arbeitsfähigkeit abzugeben . 4.3

Bei dieser Ausgangslage besteht weiterer Abklärungsbedarf , nicht zuletzt auch zur Abklärung des Zusammenspiels des multiplen internistischen, orthopädisch-rheumatologischen sowie gegebenenfalls psychischen Beeinträchtigungen . Die IV-Stelle, an welche die Sache zurückzuweisen ist, wird den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (und dessen Entwicklung seit Erstellung des interdisziplinären rheumatologisch-psychiatrischen Gutachtens der Z.____ vom 15. Mai respektive 17. Juni 2009) durch Einholung eines polydisziplinären Gutachtens mit Beteiligung der Fachdisziplinen Orthopädie/Rheumatologie, Pneumologie, Oto -Rhino-Laryngologie, Psychiatrie sowie nötigenfalls weiterer Fachrichtungen abzuklären haben. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers besteht kein Grund zur Einholung eines Gerichtsgutachtens, da die IV-Stelle im Neuannmel dungsverfahren bisher kein polydisziplinäres Gutachten eingeholt hat und den Sachverhalt nach dem Gesagten hinsichtlich der Auswirkung mehrerer Gesundheitsstörungen auf die Arbeitsfähigkeit ungenügend abgeklärt hat. In diesem Ver fahrensstadium kann über die ebenfalls beantragten beruflichen Massnahmen noch nicht entschieden werden. 5.

5.1

Ausgangsgemäss gehen die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- zulasten der unter liegenden IV-Stelle (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 5.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwal tung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2). Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rück sicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Der in die Honorarnote von Rechtsanwalt Thomas Wyss vom 15. Juli 2018 (Urk. 1 3) ausgewiesene Zeitaufwand von 11 Stunden und 50 Minuten erscheint unter Berücksichtigung der obgenannten Kriterien als angemessen. Der verrech nete Stundenansatz von Fr. 250.-- ist hingegen auf den gerichtsblichen Ansatz von Fr. 220.-- zu kürzen.

Unter zusätzlicher Berücksichtigung der geltend gemachten Spesenpauschale von 3 % und der Mehrwert steuer von 7.70 % beläuft sich die dem Beschwerdeführer zuzusprechende Parteientschädigung auf

Fr. 2'900.-- . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 14. Februar 2018 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung (Rente und berufliche Massnahmen) verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden

der Beschwerdegegnerin

aufgelegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Thomas Wyss, Zürich,

eine Prozessentschädigung von Fr. 2'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Wyss - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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