

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01006 vom 4. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.01006

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01006 du 4 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01006 del 4 aprile 2020

Erwägungen

E. 1.1

). Zur Arbeitsfähigkeit hielt sie fest, dass aufgrund des entzündlichen multiplen Gelenkbefalls die bisherige Arbeit nicht weiter zumutbar sei (Kräftedefizit). Des Weiteren bestehe ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus, welcher Akkordarbeit und Arbeit im Schichtwechsel nicht möglich mache. Der Beschwerdeführer könne als Lagermitarbeiter keine schweren Lasten heben oder transportieren (S. 3

Ziff.

E. 1.2

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 Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaub haft 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 z u bejahen, und her nach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungs pflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herab gesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspre chung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Ände rung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich 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. 1.4

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.). 1.

E. 1.7

). Die Einschränkungen würden sich nur bedingt durch medizinische Massnahmen vermindern lassen, wenn eine Teilremission erreicht sei. Die Sarkoidose sei eine chronische Erkrankung. In einem solchen Fall seien leichte körperliche Arbeiten wieder möglich, Schichtarbeit und Arbeit im Akkord sowie Arbeiten unter extremen Wetterbedingungen seien aufgrund des insulinpflichtigen Diabetes mellitus und der arthritischen Beschwerden und der Tenosynovitiden nicht möglich (S. 3

Ziff.

E. 1.8

).

E. 3

1. Mai 2008 als Lagermitarbeiter bei der Y.____ angestellt. Am 27. Oktober 2008 meldete er sich unter Hinweis auf eine rheumatoide Polyarthritis, Hypertonie, Diabetes Typ 2, Dyslipidämie, ein metabolisches Syndrom sowie ein Meniskusleiden links bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 11/1 /1-9 und Urk. 11/5, Urk. 11/11). Nach Abklärung der beruflich-erwerblichen und medizinischen Verhältnisse sprach ihm die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, mit Verfügung vom 17. März 2010 rückwirkend per 1. Mai 2009 eine halbe Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad vom 57 % zu (Urk. 11/44 - 45).

E. 3.1

Die rentenaufhebende Verfügung vom 22. Mai 2015 basierte hauptsächlich auf dem rheumatologischen Gutachten mit EFL von

Dr. med. Z.____, Facharzt Innere Medizin FMH und Rheumaerkrankungen FMH sowie Zertifizierter Gutachter SIM und Zertifizierter Arbeitsfähigkeitsassessor SIM vom 15. Dezember 2014 (Urk. 11/77 / 1-44 ; Urk. 11/77/45-53). Dr. Z.____ nannte in seinem Gutachten folgende Diagnosen (S. 33 f.) : - Chronische Hand- und Fingerschmerzen beidseits bei - nicht destruierender Polyarthrit (ED 5/2008) remittiert unter Basistherapie mit Methotrexat - Belastungsabhängige Knieschmerzen links bei - Meniskopathie anamnestisch (ED 5/2008) - Unklare Schulterschmerzen links - Inguinalhernien beidseits anamnestisch - Metabolisches Syndrom mit - Adipositas Grad 2 (BMI 37,0

kg/m²) - Bauchumfang 123 cm - insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2 - Dyslipidämie anamnestisch - Vitamin D - Mangel - Nikotinabusus (60 py) - Status nach Sehnen- und Nervennaht Digitus V links 16.05.2012 - Status nach peripherer Fazialisparese links März 2008 und rechts Juni 2009

Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. Z.____ fest, dass die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiter in einem Lager

dem Beschwerdeführer aufgrund der aktuellen Untersuchung definitiv nicht mehr zumutbar sei. Hingegen müsse man aufgrund der Untersuchung zumindest in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit seit mindestens drei Jahren von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgehen. So sei gemäss Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vom 25./26. November 2014 eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit selten Hantieren von Lasten bis 12.5

kg ohne spezielle Einschränkungen ganztägig möglich (S. 34).

Weiter führte er aus, dass aufgrund der vorliegenden Akten und der Untersuchung davon ausgegangen werden müsse, dass das entzündlich-rheumatische Gelenkleiden

des Beschwerdeführers unter der aktuellen Basistherapie seit zumindest drei Jahren in Remission sei. Entzündlich-rheumatische Schübe seien seither nie dokumentiert worden. Eine entsprechende Behandlung im Schub sei offen sichtlich auch nie nötig gewesen und sei ebenfalls nicht dokumentiert. Bei der Begutachtung im Jahr 2009 sei der Gesundheitszustand noch als instabil beschrieben worden. Der Gesundheitszustand habe sich seither wesentlich verbessert. Es handle sich somit um einen veränderten Gesundheitszustand und nicht einfach um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes (S. 36).

Die gelegentlichen, linksseitigen Knieschmerzen seien zumindest in einer angepassten Tätigkeit nicht limitierend, in den letzten Jahren nie Anlass für therapeutische Massnahmen gewesen und letztere

seien auch heute wohl nicht nötig. Dringend notwendig im Hinblick auf eine Erwerbstätigkeit schienen rekonditionierende Massnahmen und eine Gewichtsreduktion zu sein, was die ganze metabolische Situation günstig beeinflussen würde. Vor allem im Hinblick auf den ungenügend eingestellten Diabetes mellitus empfehle sich ein strukturierter Tagesablauf mit regelmässigen Mahlzeiten und Aktivitäten. Das im Mai 2014 geplante Diabetes-Rehabilitationsprogramm Diafit sei dafür umso wichtiger. Die vom

Beschwerdeführer dagegen geäußerten Gründe seien nicht stichhaltig. Zumutbar sei auch eine stationäre rehabilitative Behandlung in einer dafür geeigneten Institution. Dass sich der Beschwerdeführer bis anhin nie um eine angepasste Tätigkeit bemüht habe, sei aufgrund der somatischen Leiden nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer scheine diesbezüglich nicht motiviert zu sein, was andere Gründe haben müsse. Diverse IV-fremde Faktoren schienen dabei eine eminente Rolle zu spielen (S. 35).

Sowohl der klinische wie radiologische Befund der Hände und Füße sei absolut bland und es könne auch keine plausible Limitierung durch die bekannte Menis kopathie links in Erfahrung gebracht werden. Es lasse sich für eine angepasste, körperlich leichte Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit begründen (S. 42). Wenn der Versicherte zwischenzeitlich keine Erwerbstätigkeit aufgenommen habe, dann nicht wegen den Beschwerden eines entzündlich-rheumatischen Gelenkleidens, sondern weil er befürchtet habe, mit einer Erwerbstätigkeit seine Gelenke (weiter) zu schädigen. So sei denn auch die Malcompliance bezüglich der metabolischen Situation mit Übergewicht und Diabetes mellitus rational nicht zu verstehen (S. 43).

E. 3.2

Die angefochtene Verfügung vom 12. Oktober 2018 beruhte im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Unterlagen:

E. 3.2.1

Der leitende Arzt der Abteilung für Pneumologie und Schlafmedizin des D.____, Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie FMH, hielt in seinem Bericht vom 21. August 2015 (Urk. 11 / 105/8-10) folgende Diagnosen fest (S. 1 f.): - Sarkoidose mit pulmonalem und extrapulmonalem Befall - Befall der mediastinalen und hilären Lymphknoten - Befall des Lungenparenchyms - möglicher Befall abdominaler Lymphknoten - Hautbefall - möglicher Hirnnervenbefall in der Vergangenheit (periphere Fazialisparese rechts 05/2008, links 2009) - möglicher Befall des Bewegungsapparates (seronegative, bisher undefinierte Arthritis/Arthropathie, Erstdiagnose 2008) - histologisch Lunge/mediastinale Lymphknoten: Nicht-verkäsende epitheloidzellige granulomatöse Lymphadenitis (Bronchoskopie 02.07.2015) - histologisch Lunge und Haut: Multiple nicht verkäsende Granulome (Lungen-/Hautbiopsie 28.07.2015) - Chondroides Hamartom 1,1 cm Unterlappen links (VATS-Lungenbiopsie 28.07.2015) - Chronischer Nikotinkonsum ca. 40 py - Seronegative unspezifische Arthritis/Arthropathie Erstdiagnose 2008 - immunsuppressive Therapie mit Methotrexat bis vor 3 Monaten - Differentialdiagnose: im Rahmen Diagnose 1 - Status nach peripherer Fazialisparese rechts 2008, links 2009 - Differentialdiagnose: im Rahmen Diagnose 1 - Diabetes mellitus Typ 2, insulinpflichtig, Erstdiagnose

2005 - Arterielle Hypertonie, Dyslipidämie - Adipositas 104 kg, 175 cm, BMI 34kg/m²

Die definitive Histologie habe das Vorliegen eines Hamartoms (gutartiger, in dieser Situation unbedeutender Lungentumor) sowie den Nachweis weiterer nicht nekrotisierender epitheloidzelliger Granulome sowohl in der Lunge als auch in der Haut, bestätigt. Somit dürfe nun die Diagnose einer Sarkoidose definitiv gestellt werden. Der radiologische Befund mit Veränderung des Lungenparenchyms, mediastinaler und hilärer sowie abdominaler Lymphadenopathie wie auch die Klinik einer unspezifischen Arthritis und wahrscheinlich retrospektiv rezidivierender Fazialisparesen könne unter dieser Diagnose

subsumiert werden. Aus pneumologischer Sicht sei aktuell keine Indikation für eine systemische Steroidtherapie gegeben, da der Patient weder eine respiratorische Symptomatik noch eine Einschränkung der Lungenfunktion habe. Auch bestünden klinisch, im Labor und im EKG keine Hinweise auf eine aktuelle neurologische, kardiale oder metabolische Manifestation. Eine ophthalmologische Beurteilung werde noch notwendig sein und die Beurteilung, ob aus rheumatologischer Sicht eine Therapie der Sarkoidose indiziert sei, sei der behandelnden Spezialistin zu überlassen (S. 2).

E. 3.2.2

Die behandelnde Rheumatologin

Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, beschrieb in ihrem Bericht vom 6. September 2015 (Urk. 11/ 105/1-7) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1) : - Sarkoidose M14.8/D86.8, Revision der Diagnose 6/2015, Differentialdiagnose Polyarthrit St. 1-2 RF, Anti-CCP - ANA negativ, Erstdiagnose 5/2008 - mit Beteiligung periphere Facialisparesis rechts 2008; links 2009 Differentialdiagnose St atus

nach postherpetische r Neuralgie 2009 - Löfgren Syndrom - Erythema nodosum - arthritischer Befall der Hände, Handgelenke und Schulter - in Teilremission unter MTX und Plaquenil - Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2 im Rahmen des metabolischen Syndroms - Meniskusläsion linkes Knie - Essentieller Tremor (partiell)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine Adipositas, eine arterielle Hypertonie, eine Inguinalhernie links, einen essentiellen Tremor sowie ein Hamartom (S. 1

Ziff.

E. 3.2.3

Der behandelnde Arzt Dr. med. A.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, beschrieb in seinem Bericht vom 24. Januar 2016 (Urk. 11/112/1-5) nachfolgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1) : - Sarkoidose mit arthritischem Befall der Hände, Handgelenke und Schultern - in Teilremission unter MTX und Plaquenil - Löfgren Syndrom - Erythema nodosum - Diabetes mellitus (IDDM) - Mikroangiopathie: diabetische Nephropathie mit Mikroalbuminurie - ungenügende Bz-Kontrolle unter Basis-Bolus-Insulintherapie und Metformin, HbA1c 9.3% (05.06.2015) - Innen- und Aussenmeniskusverletzung des linken Knies - Inguinalhernien beidseits - Essentieller Tremor

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er folgende auf (S. 1): - St atus nach akuter peripherer Facialisparesis links am 28.5.2009 - Differentialdiagnose idiopathisch, ischämisch, medikamentös unter Humira St atus nach peripherer Fazialisparese rechts 5/2008 - Bell Phänomen und singe des cils - CT-Schädel ohne Pathologie - Arterielle Hypertonie - Adipositas, BMI 39 kg/m² - Kombinierte Dyslipidämie - Nikotinabusus

Dr. A.____ hielt ausserdem fest, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers in den vergangenen Jahren nicht verbessert habe. Es würden weiterhin die Arthralgien mit Belastungsintoleranz auch für leichte körperliche Arbeiten bestehen. Der Beschwerdeführer berichte, dass er keine 10 kg vom Keller nach oben in seine

Wohnung tragen könne. Er habe dazu keine Kraft. Gegen stände bis 2 kg könne er max. 2 Minuten mit der einen Hand tragen, danach müsse er die Hand wechseln. Besonders bei schlechtem Wetter habe er grosse Beschwerden. Schmerzen habe er auch in den Knien. Spaziergänge seien nur an guten Tagen möglich. Die Schmerzen in den Händen

und den Fingern seien teils so stark, dass er den Hosengurt nicht anziehen könne. Das Ausüben auch einer leichten körperlichen Tätigkeit werde dem Beschwerdeführer auch zukünftig nicht mehr möglich sein. Präzises, feines Arbeiten sei wegen des essentiellen Tremors nicht möglich (S. 2).

Falls durch die medizinische Therapie eine Teilremission erreicht werden könne, liessen sich die Einschränkungen vermindern. Körperlich leichteste Arbeiten könnten dann in Teilzeitarbeit wieder ausgeübt werden (S. 3).

E. 3.2.4

Die für das polydisziplinäre B.____-Gutachten vom 16. November 2016 (Urk. 11/131/2-37) verantwortlichen Ärzte, Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. med. I.____, Fachärztin für Rheumatologie, Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. K.____, Facharzt für Pneumologie FMH, und Dr. med. L.____, Fachärztin

für Ophthalmologie FMH, stellten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die folgenden Diagnosen (S. 31 f.): - Chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom - Dysbalance n der Schultergürtelmuskulatur - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - radiologische Chondrose und Retrospondylose C3/4 - Essentieller Tremor - Verminderte Sehfähigkeit beidseits - angeborene Fehlsichtigkeit (Astigmatismus, rechtes Auge: Hyperopie;) - Cataracta incipiens - nicht proliferative diabetische Retinopathie - beginnende Makuladegeneration (linkes Auge - latentes Aussenschielen - Alterssichtigkeit - chronische Benetzungsstörung

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden aufgeführt (S. 32): - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F.45.41) - Anamnestisch Verdacht auf rheumatoide Arthritis (Erstdiagnose 05/2008; - Basistherapie mit Methotrexat von 06/2008-05/2015 - klinisch, labortechnisch, radiologisch und skelettszintigraphisch keine Hinweise für entzündlich-rheumatisches Geschehen - Sarkoidose Dg 07/2015 - CT Thorax: mediastinale und bilaterale Lymphadenopathie und pulmonale Rundherde 06/2015 - Bronchoskopie: nicht verkäsende epitheloid zellige granulomatöse Lymphadenitis mediastinale Lymphknoten 07/2015 - Hautbiopsie: multiple nicht verkäsende Granulome 07/2015 - pulmonal keine Indikation für systemische Steroidtherapie 08/2015 - Plethysmographie: TLC 6.13 l (88 %), VC 3.61 l (79 %), FEV1 2.73 l (78 %) - CO-Diffusionskapazität 95 %, CT Thorax: regredienter Durchmesser der hilären und parahilären Lymphknoten 12/2015 - Plethysmographie: TLC 5.95 l (87.2 %), VC 3.6 l (80.8 %), FEV1 2.88 l (84 %), Thorax Röntgen unverändert 09/2016 - Metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose 2005

unter Insulinbehandlung und OAD ungenügend eingestellt (HbA1c 8.1%, Norm <6.3 %) - leichte diabetische Polyneuropathie - arterielle Hypertonie unter medikamentöser Behandlung kompensiert - Adipositas (BMI 34 kg/m²; - Dyslipidämie mit medikamentöser Behandlung teilweise kompensiert - Rezidivierende Gonalgien links - Status nach arthroskopischer Aussenmeniskusoperation 1988 - Klinisch und radiologisch unauffälliger Befund - Residuelle periphere Fazialisparese links (2008) - Chondroides

Hamartom linker Lungenunterlappen 1.1 cm - Exzision mittels VATS 7/2015 - Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ca. 50 py) (ICD-10: F17.1)

Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, aus rheumatologischer Sicht seien wegen den degenerativen Veränderungen im Zervikalbereich körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Im Übrigen bestehe für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund des Tremors seien dem Beschwerdeführer keine Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Feinmotorik zumutbar. Im Übrigen bestehe aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der pneumologischen Untersuchung sei eine Sarkoidose diagnostiziert worden. Die klinischen Befunde seien weitgehend unauffällig gewesen. Die aktuelle Lungenfunktion sei praktisch im Normbereich. Aus pneumologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht eingeschränkt. Durch die ophthalmologisch festgestellten Befunde sei eine höhere Konzentration bei der Arbeit notwendig, was einen vermehrten Pausenbedarf bewirke. Aus ophthalmologischer Sicht bestehe eine Leistungseinschränkung von 10 %. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung sei ein metabolisches Syndrom diagnostiziert worden und

der Diabetes sei nicht optimal eingestellt. Die klinischen Befunde seien kompensiert worden. Die übrige Medikation sei genügend. Aus allgemeininternistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert worden. Durch diese Schmerzstörung fühle sich der Beschwerdeführer verstärkt beeinträchtigt, was mit objektiven somatischen Befunden nicht erklärt werden könne. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer durch die Schmerzstörung im Alltag nicht wesentlich behindert. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei nicht eingeschränkt. Zusammengefasst sei der Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 90 % arbeits- und leistungsfähig, in einem ganztägigen Pensum mit vermehrten Pausen verwertbar. Körperlich schwere Tätigkeiten, sowie solche mit hohen Anforderungen an die Feinmotorik der Hände und solche an gefährlichen Maschinen seien ihm nicht mehr zumutbar (S. 33 f.).

Genaue Angaben zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit seien schwierig zu machen. Die Angaben seien zum Teil widersprüchlich. Seit dem Jahr 2008 würden sich keine Hinweise ergeben, dass die Arbeitsfähigkeit über eine längere Zeitspanne höhergradig eingeschränkt gewesen sei, abgesehen

von den durch die Gutachter festgestellten Einschränkungen. Sicher gelte diese Einschätzung ab dem Untersuchungsdatum im September 2016, mit hoher Wahrscheinlichkeit ab Dezember 2014. Der Beschwerdeführer fühle sich nicht mehr arbeitsfähig. Diese Einschätzung könne mit den medizinischen Befunden nicht bestätigt werden. Im Alltag bestehe keine wesentliche Einschränkung. Der Beschwerdeführer helfe im Haushalt und habe auch Kontakte in der Familie. Die somatischen Befunde sollten nicht zu einer wesentlichen Beschwerdeverstärkung gegenüber den Alltagsaktivitäten führen. Negativ auf die subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wirke sich die frühere Berentung sowie die psychosoziale Situation mit finanziellen Problemen aus (S. 34). Berufliche Massnahmen seien angesichts der subjektiven Leistungseinschränkung des Beschwerdeführers kaum erfolgreich durchführbar und würden daher nicht zu empfohlen (S. 35).

E. 3.2.5

In ihrer Stellungnahme vom 14. April 2018 (Urk. 11/160) äusserten sich Dr. G.____, Dr. I.____ und Dr. M.____ vom B.____ zur Frage der IV-Stelle

betreffend Schlussfolgerung, dass die Tätigkeit als Lagerist nicht körperlich schwer sei und eine (fast) vollumfängliche Arbeitsfähigkeit als Lagerist (90 %) vorliege (Urk. 11/158/1). Die Gutachter führten aus, im N.____-Gutachten aus dem Jahr 2009 sei eine aktive Polyarthritiden angenommen worden. Wenn diese damals vor gelegen hätte, wäre eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit als Lagerist und eine Teilarbeitsfähigkeit in leichter, adaptierter Tätigkeit begründbar gewesen. Sie hätten in ihrem Gutachten jedoch Zweifel daran geäussert, dass jemals eine derartige aktive Situation vorgelegen habe. Im Zweifelsfall könne dies retrospektiv nicht mehr zugeordnet werden. Spätestens bei der Untersuchung im Jahr 2014 bei Dr. Z.____ habe sich keine aktive Form einer Polyarthritiden mehr gezeigt, weshalb Dr. Z.____ auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr in adaptierten Tätigkeiten gesehen habe. In Übereinstimmung mit Dr. Z.____

hätten die Gutachter zum Gutachtenzeitpunkt im November 2016 in leichten und mittelschweren Tätigkeiten, wie im Gutachten dargelegt, eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit geringer Leistungseinbusse zuerkennen können. Die Tätigkeit als Lagerist könne als leicht bis intermittierend mittelschwer oder leicht bis mittelschwer eingestuft werden. 4. 4.1

Das polydisziplinäre B.____-Gutachten vom 16. November 2016 (Urk. 11/131/2-37; vgl. E. 3.2.4 hiervor) ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der (S. 3-10) und in Auseinandersetzung mit (S. 3-10, S. 13, S. 16, S. 23-24, S. 26, S. 34) den fallrelevanten Vorakten erstellt.

Ferner setzt es sich mit den geklagten Beschwerden auseinander (S. 10, S. 13, S. 19, S. 24 f., S. 27 f.) und die Gutachter führten die in ihren Fachrichtungen erforderlichen Zusatzuntersuchungen, insbesondere verschiedene bildgebende Untersuchungen, durch (S. 12, S. 15, S. 21, S. 28). Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar

und beurteilten die medizinische Situation überzeugend. Sie gelangten zum begründeten und nachvollziehbaren Schluss, dass der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit in einem ganztägigen Pensum mit vermehrten Pausen aufgrund ophthalmologischer Einschränkungen zu 90 % arbeits- und leistungsfähig ist.

Sie führten so auch aus, dass dem Beschwerdeführer körperlich schwere Tätigkeiten aufgrund der degenerativen Veränderungen im Zervikalbereich nicht mehr zumutbar sind.

Aus neurologischer Sicht aufgrund des Tremors nicht mehr zumutbar sind Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Feinmotorik der Hände und solche an gefährlichen Maschinen

Diese Schlussfolgerung stützen

sie namentlich auf die erhobenen (objektivierbaren) Befunde. Sie wurden diagnostisch als eine reduzierte Sehschärfe bei beginnendem Katarakt, anlagebedingte Fehlsichtigkeit, nicht-proliferative diabetische Retinopathie und beginnende Makulaischämie festgestellt. Die Gutachter legten nachvollziehbar dar, dass aufgrund der daraus resultierenden erhöhten Ermüdbarkeit nur noch ein reduziertes Pensum von 90 % zumutbar ist.

Ferner begründeten sie schlüssig, dass mangels eines feststellbaren entzündlichen Geschehens aktuell und mangels dokumentierter Schübe auch im Verlauf die anamnestisch genannte rheumatoide Arthritis zu verneinen ist. In ihrer ergänzenden Stellungnahme erklärten die Gutachter ausserdem schlüssig, dass spätestens seit dem Gutachten durch Dr. Z.____ im Jahr 2014 (vgl. E. 3.1.1) keine aktive Form einer Polyarthritits mehr vorgelegen hat, weshalb bereits Dr. Z.____ keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten mehr feststellen konnte. Die gleiche Situation präsentierte sich im Rahmen der Begutachtung im November 2016, womit die Arbeitsunfähigkeit in leichten und mittelschweren Tätigkeiten ebenfalls verneint werden musste. Überzeugend legten sie sodann dar, dass aufgrund der radiologischen und lungenfunktionellen Befunde von keiner Einschränkung aus pneumologischer Sicht und von keiner Auswirkung der Sarkoidose auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen ist und zeigten auf, dass aus psychiatrischer Sicht keine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Befunde vorliegen. In Bezug auf die chronische Schmerzstörung wurde eine daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit verneint, was seitens Gutachter unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) einlässlich und nachvollziehbar begründet wurde (S. 16-18) und worauf abzustellen ist. Im Übrigen sind diesbezüglich keine abweichenden fachärztlichen Berichte aktenkundig. Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.4 hiervor).

4.2

Der Beschwerdeführer brachte vor, die B.____-Gutachter hätten nicht auf die Längsschnittbeurteilung abgestellt (Urk. 1 S. 10). Dazu ist festzuhalten, dass das B.____-Gutachten in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt wurde (vgl. Urk. 11/131/4-11). Die einzelnen Teilgutachten beinhalten ausserdem je eine Stellungnahme zu früheren fachärztlichen Einschätzungen, womit eben falls ausgewiesen ist, dass eine Befassung mit früheren Arztberichten und Gutachten stattgefunden hat. So wird im rheumatologischen Teilgutachten unter anderem festgehalten, dass im gesamten Längsverlauf seit Auftreten der ersten Symptome im Mai 2008 bis auf diskrete Synovitiden in der Kernspintomographie der Hände im Januar 2009 weder klinisch, labortechnisch, radiologisch, kernspintomographisch oder skelettszintigraphisch eine entzündliche Aktivität dokumentiert werden konnte (S. 23). Der Vorwurf der fehlenden Längsschnittbeurteilung zielt damit ins Leere.

Ebenfalls unbegründet ist die Kritik des Beschwerdeführers, dass die Anforderungsprofile der angestammten und der Verweisungstätigkeit noch vertiefter hätten erhoben werden müssen (Urk. 1 S. 9).

Sowohl in jedem Teilgutachten (S. 12

f., S. 16 f., S. 20 ff., S. 26, S. 2

E. 5

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 08.2018 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). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründet die angefochtene Verfügung vom 12. Oktober 2018 (Urk. 2) damit, dass aus medizinischer Sicht die bisher ausgeübte Tätigkeit als Lagermitarbeiter nicht mehr ausgeführt werden könne. Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit vermehrtem Pausenbedarf (Ganztagspensum), ohne hohe Anforderungen an die Feinmotorik oder ohne Bedienen von gefährlichen Maschinen sei jedoch in einem Pensum von 90 % möglich. Das Belastungsprofil sei im Vorbescheid vom 4. August 2018 bereits beschrieben worden. Aufgrund der Berechnung des Einkommens ohne und mit gesundheitlicher Einschränkung ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 10 %, so dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. Selbst bei Gewährung eines Leidensabzugs von 20 % würde lediglich ein IV-Grad von 28 % resultieren. Der Bericht der C.____ weise unter anderem Diagnosen auf, die unter adäquater und von Seiten des Kunden complianter Behandlung keine dauerhafte Veränderung des gesamten Gesundheitszustandes nachvollziehbar begründen würden. Durch die Optimierung der Therapie sowie unter Berücksichtigung des Belastungsprofils könne der Gesundheitszustand stabilisiert werden, so dass die 90%ige Arbeitsfähigkeit umgesetzt werden könne. Eine neue medizinische Abklärung sei nicht angezeigt (S. 2) . 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, dass ein geholtes B.____-Gutachten vermöge nicht zu überzeugen. Es würden Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit bestehen, weshalb aufgrund von Unverwertbarkeit nicht darauf abgestellt werden könne. Es werde bestritten, dass sich das B.____-Gutachten genügend mit dem Krankheitsbild des Beschwerdeführers und dem gesamten langjährigen Verlauf sowie den geklagten Beschwerden auseinandergesetzt habe

(S. 7). Die Gutachter hätten es unterlassen, das noch zumutbare Belastungsprofil genügend zu diskutieren beziehungsweise zu beschreiben (S. 9). Fälschlicherweise sei von den Gutachtern des B.____ nicht auf die Längsschnittbeurteilung abgestellt worden, obschon dies aufgrund der teils schubförmigen Beschwerden und Einschränkungen aufgrund der Arthritis sowie der Tatsache, dass die Beschwerden bei Belastung verstärkt werden, dringend erforderlich gewesen wäre. In Anbetracht des Schmerzaufkommens, insbesondere im Bereich der Hände und der Kniegelenke und den erhobenen Befunden, sei das konkret überhaupt noch zumutbare Belastungsprofil aus rheumatologischer Sicht im Sinne der Voraussetzungen nach BGE 125 V 351 weder nachvollziehbar noch schlüssig. Dass manuelle Tätigkeiten, welche feinmotorische Aufgaben beinhalten, schon aufgrund der Schmerzen, der Schwellneigung, der mangelnden Belastbarkeit und Kraft wie auch des Tremors nicht mehr zumutbar seien, sei nicht in die Beurteilung des noch zumutbaren Leistungsprofils bzw. die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einbezogen worden, was eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes darstelle. Vom neurologischen Gutachter sei zudem die Bildgebung des Kopfes mittels MRI als notwendig erachtet worden, was bisher ebenfalls nicht durchgeführt worden sei. Ferner würden sich die B.____-Gutachter nicht zu den allfälligen Wechselwirkungen der verschiedenen Einschränkungen äussern, was jedoch im Sinne der umfassenden Abklärung des Gesundheitszustandes und der Art und Ausprägung der Einschränkungen dringend erforderlich gewesen wäre (S. 10). Die Frage hinsichtlich relevanter und die Leistungsfähigkeit einschränkender Komorbiditäten sei nicht rechtsgenügend abgeklärt worden. Beim Beschwerdeführer würden eine Vielzahl von Komorbiditäten vorliegen. Um vorliegend den massgeblichen Sachverhalt abschliessend klären zu können, sei die Durchführung eines erneuten medizinischen Gutachtens

notwendig

(S. 11). Ausserdem sei nicht nachvollziehbar, weshalb dem Beschwerdeführer im Rahmen des Einkommensvergleichs kein zusätzlicher Leidensabzug gewährt worden sei. Vorliegend sei – aus näher dargelegten Gründen - vom Invalideneinkommen noch ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug von 25 % zu gewähren (S. 12). Sodann seien vorliegend noch die erforderlichen Abklärungen betreffend den Anspruch auf berufliche Massnahmen zu tätigen. Der Beschwerdeführer habe in jedem Fall Anspruch auf die Durchführung der (beruflichen) Massnahmen nach Art. 14a, 15 und 18 IVG, welche keinen Mindestinvaliditätsgrad verlangen, soweit die übrigen gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt seien. Bisher seien keine diesbezüglichen Abklärungen erfolgt und der Beschwerdeführer zeige sich motiviert. Ein Anspruch auf Umschulung gemäss Art. 17 IVG sei ebenfalls ausgewiesen (S. 14). 2.3

Strittig und zu prüfen ist eine rentenrelevante Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. Oktober 2018 (Urk. 2). Vergleichsbasis im vorliegenden Neuanmeldeverfahren bildet die rechtskräftige rentenaufhebende Verfügung vom 22. Mai 2015 (Urk. 11/94), welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruhte und sich in medizinischer Hinsicht auf das rheumatologische Gutachten von Dr. Z. ___ vom 15. Dezember 2014 (Urk. 11/77) stützte. 3.

E. 5.1

Zur Bestimmung des Valideneinkommens ist grundsätzlich an das zuletzt bei der Y. ___ erzielte Einkommen anzuknüpfen. Dieses betrug im Jahr 2008 den Angaben der Arbeitgeberin zufolge Fr. 61'655.-- (Urk. 11/11; vgl. auch Urk. 11/7, IK-Auszug: Fr. 61'210.-- im Jahr 2007) beziehungsweise angepasst an die Nominallohnentwicklung (Tabelle T39 Entwicklung der Nominallohne) auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im Jahr 2016 Fr. 65'987.35 (61'655.-- : 2092 x 2239). Anhaltspunkte für ein unterdurchschnittliches Einkommen, welches eine Parallelisierung erforderlich machen würden, bestehen nicht.

E. 5.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Der Beschwerdeführer geht keiner Arbeit mehr nach. Rechtsprechungsgemäss sind daher die Tabellenwerte, vorliegend die Löhne für Männer (Monatlicher Bruttolohn nach

Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Schweiz 2012/2014/2016, T1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1) in einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art von monatlich Fr. 5'389.-- im Jahr 2016 heranzuziehen. Angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2016 (vgl. Tabelle T 03.02.03.01.04.01 Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) resultiert in angepasster Tätigkeit ein Einkommen von Fr.

67'416.40 beziehungsweise unter Berücksichtigung der Restarbeitsfähigkeit von 90 % ein Invalideneinkommen von Fr. 60'674.75 (Fr. 5'389.-- x 12 / 40 x 41.7 x 0.9).

E. 5.3

Der Beschwerdeführer machte geltend, bei der Berechnung des Invalideneinkommens müsse ein leidensbedingter Abzug von 25 % gewährt werden. Als Begründung wurde unter anderem aufgeführt, der Beschwerdeführer könne keine schweren körperlichen Tätigkeiten mehr ausüben, sei bei der Ausführung der ihm allenfalls noch zumutbaren Arbeiten aus körperlicher und psychischer Sicht mehrfach eingeschränkt, wodurch er auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit gesunden Mitbewerbern benachteiligt sei. Des Weiteren müsste sich die Tatsache, dass er 20 Jahre beim selben Arbeitgeber als Lagermitarbeiter tätig gewesen sei und somit das Merkmal der langen Dienstjahre auf einen zusätzlichen Abzug günstig auswirken (Urk. 1 S. 12 f.).

Der Beschwerdeführer ist in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit vermehrtem Pausenbedarf (Ganztagspensum) ohne hohe Anforderungen an die Feinmotorik und ohne Bedienen von gefährlichen Maschinen zu 90 % arbeitsfähig. Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns. Vielmehr ist der Umstand allein, dass nur mehr leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 (bis LSE 2010 Anforderungsniveau 4) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_82/2019 vom 19. September 2019 E. 6.3.2). Die langjährige Anstellung

beim gleichen Arbeitgeber betrifft das Kriterium der Dienstjahre, dessen Bedeutung im privaten Sektor abnimmt, je niedriger das Anforderungsprofil ist. Mit Blick auf das Kompetenzniveau 1 (bis LSE 2010 Anforderungsniveau 4) kommt diesem Aspekt keine ins Gewicht fallende Bedeutung zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_422/2017 vom 18. Mai 2018 E. 4.5.2 unter Hinweis auf 8C_351/2014 vom 14. August 2014 E. 5.2.4.2).

Angesichts dieser Rechtsprechung

gewährte die Beschwerdegegnerin zu Recht keinen Leidensabzug. Zu bemerken ist im Übrigen, dass – wie nachstehender Einkommensvergleich zeigt – selbst bei Gewährung des maximal möglichen und vorliegend keineswegs angebrachten Abzugs von 25 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde.

E. 5.4

Demgemäss steht dem Valideneinkommen von Fr. 65'987.35 ein Invalideneinkommen von Fr. 60'674.75 gegenüber. Es resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 5'312.60 und ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von

E. 8

%. Der Beschwerdeführer hat mithin kein Anrecht auf eine Rente der Invalidenversicherung. Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Der Beschwerdeführer beantragt sowohl die Zusprechung einer Invalidenrente als auch die Gewährung beruflicher Massnahmen (Urk. 1 S. 2). Gegenstand der angefochtenen Verfügung vom

E. 12

. Oktober 2018 (Urk. 2) ist jedoch nur der Rentenanspruch (vgl. Dispositiv in Urk. 2 S. 3), während der Beschwerdeführer hinsichtlich beruflicher Massnahmen lediglich auf die Möglichkeit einer diesbezüglichen Anmeldung verwiesen wurde. Über das vom Beschwerdeführer in der Beschwerde gestellte Gesuch um berufliche Eingliederungsmassnahmen hat die Beschwerdegegnerin noch nicht formell befunden. Damit fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand, da im Beschwerdeverfahren grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu beurteilen sind, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich Stellung genommen hat (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a). Demnach ist auf den Antrag um Gewährung von beruflichen Massnahmen nicht einzutreten. 7.

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und zur Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung gemäss §

E. 16

Abs. 1 und Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind erfüllt. Gestützt auf die eingereichte Unterstützungsbestätigung der Gemeinde O. (Urk. 9) ist insbesondere die Bedürftigkeit ausgewiesen. 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und die Gerichtskosten sind gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen. Ausgangsmässig sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Rechtsanwalt Rainer Deecke ist aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Nachdem der Rechtsvertreter keine Honorarnote eingereicht hat, wird die Entschädigung vom Gericht nach Ermessen (vgl. dazu Urk. 12 S. 2) und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festgesetzt (§ 34 Abs. 1 und 3 GSVGer). Entsprechend ist ihm eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) auszurichten.

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und Aufwendungen für die Rechtsvertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 14. November 2018 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt

Rainer

Deecke, Zug, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt; und erkennt sodann:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.

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

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Rainer Deecke, Zug, wird mit Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSV hingewiesen.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Rainer Deecke -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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