

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00921 vom 30. November 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00921

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00921 du 30 novembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00921 del 30 novembre 2017

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 Allgemeinen 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 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 Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs 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. 2.1 mit Hinweisen).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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, 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 1. Mai

2009 E.

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Gestützt auf die RAD-Beurteilung sei davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert habe. Angepasste Tätigkeiten seien ihm zu 100 % zumutbar. Die letzte Tätigkeit in einem Callcenter entspreche dem Belastungsprofil, weshalb auch in der angestammten Tätigkeit volle Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 2).

E. 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer entgegen (Urk. 1), nach Einschätzung des RAD-Orthopäden bestehe im angestammten Beruf eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, was auch sein Hausarzt bestätige. Seine angestammte Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Auch die Einschätzung des RAD-Psychiaters sei nicht nachvollziehbar. Es sei keine Verbesserung eingetreten und damit kein Revisionsgrund gegeben (S. 4 f.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob im Vergleich zur medizinischen Sachlage, wie sie sich im Jahr 2007 - als letztmals eine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbeurteilung vorgenommen wurde (vgl. vorstehend E. 1.3) - zeigte, eine revisionsrelevante Veränderung eingetreten ist.

E. 3.1

Vor Mitteilung des unveränderten Anspruchs am 31. Juli 2007 (Urk. 10/50) präsentierte sich die medizinische Aktenlage wie folgt:

E. 3.2

Die Ärzte der Z. ___ Klinik, Wirbelsäulenzentrum, führten mit Bericht vom 8. März 2006 (Urk. 10/36/6) aus, die Situation auf den neuen MRI-Bildern sei im Vergleich mit der älteren Bildgebung besser geworden, es bestehe keine Diskushernie mehr und die degenerativen Veränderungen seien nicht fortgeschritten.

E. 3.3

Dr. med. A. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte mit Bericht vom 1. April 2006 (Urk. 10/36) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2): -

chronifizierende Lumboischialgien bei degenerativen Veränderungen der Bandscheibe L4/L5 und L5/S1 mit lokal engem Kanal L4/L5 und Facettengelenksarthrose L4/L5 - Status nach Diskushernie L4/L5 - chronische Depression - Progredienz eines Zervikalsyndroms
Der Beschwerdeführer sei infolge der lumbalen Beschwerden zu 100 % arbeits unfähig. Diese Beschwerden hätten sich seit drei Monaten verstärkt mit Ausstrahlung in das linke Bein. Das Zervikalsyndrom habe sich ebenfalls verschlechtert. Im MRI vom 6. März 2006 bestehe ein lokal enger Spinalkanal bei Diskusprotrusion L4/L5. Die Diskushernie L4/L5 links sei verschwunden (Ziff. 3). Die psychiatrische Behandlung sei alle ein bis zwei Wochen durchgeführt worden. Es erfolge eine antidepressive medikamentöse Behandlung. Die Arbeits unfähigkeit sei unverändert; hinsichtlich des Verlaufs der psychischen Krankheit sei der behandelnde Psychiater zu konsultieren (Urk. 10/36/3).

E. 3.4

Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Bericht vom 5. Juni 2007 (Urk. 10/39/2-3 = Urk. 10/40/1-2) eine seit mindestens 2005 bestehende reaktive depressive Störung, welche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe (lit. A). Als kaufmännischer Angestellter sei er zu 100 % arbeits unfähig (lit. B). Der Schmerzausdruck wirke völlig adäquat, es bestehe nicht der geringste Verdacht der Aggravation. Dass der Beschwerdeführer seine Verantwortung nicht mehr wahrnehmen könne, laste ihn am meisten. Die Prognose hänge von der somatischen Entwicklung ab (lit. D Ziff. 5 und 7). Ergänzend hielt Dr. B.____ fest, der Gesundheitszustand müsse primär somatisch beurteilt werden; die psychischen Probleme seien klar sekundär. Keine psychopharmakologische Medikation werde die Schmerzen wesentlich reduzieren können. Eine intensive Psychotherapie sei kontraindiziert, weil keine die Schmerzen verstärkende psychische Konstellation bestehe (Urk. 10/39/4 = Urk. 10/40/3).

E. 3.5

Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, stellte in seinem Gutachten vom 16. Juli 2007 (Urk. 10/47) folgende Diagnosen (S. 6): - chronisches leichtes Zervikal-Syndrom - chronifizierte Lumbo-Ischialgie links bei Diskushernie (Massenprolaps) - aktuell subakutes ischialgiformes Schmerzsyndrom links mit Verdacht auf Nervenwurzelkompression Bei der Untersuchung habe sich ein grossgewachsener leptosomer Versicherter mit einer spontan grotesken Schiefhaltung und einer massiv eingeschränkten Gehleistung bei antalgischer Skoliose und stark eingeschränkter Wirbelsäulen beweglichkeit mit einer radikulären Symptomatik L5/S1 links gezeigt. Insgesamt bestehe das Vollbild einer subakuten bis akuten Diskushernie mit Nerven wurzelkompression L5/S1 links. Damit sei selbstverständlich aktuell keine Arbeitsfähigkeit zumutbar. Dringend indiziert erscheine jetzt die neurochirurgische Intervention im Sinne der Dekompression, eventuell verbunden mit einer Spondylodese. Nach erfolgreicher Operation könne etwa zwei bis drei Monate später mit Wiederaufnahme einer Arbeit gerechnet werden, welche dann stufenweise gesteigert werden könne (S. 7). Es bestehe auch keine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (S. 8).

E. 3.6

Gestützt auf diese Aktenlage teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 31. Juli 2007 (Urk. 10/50) mit, sein Anspruch sei unverändert.

E. 4.1

Vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung (Urk. 2) ergingen die folgenden Arztberichte. Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte mit Bericht vom 4. März 2008 (Urk. 10/53/1-6) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - chronifizierende lumboschialgiale Veränderungen der Bandscheibe L4/L5 und L5/S1 mit lokal engem Kanal L4/L5 und Facetten gelenksarthrose L4/L5 - Status nach Diskushernie L4/L5 Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit seit 2003 zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 2). Es sei keine Tätigkeit zumutbar (Ziff. 5.2).

E. 4.2

Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, RAD, hielt am 6. Mai 2008 (Urk. 10/59/2) fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht sei die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht im Sinne einer operativen Behandlung der Diskushernie nicht zumut- und durchsetzbar, auch wenn sie aus rein medizinischer Sicht weiterhin sinnvoll wäre. Dies führte zur Mitteilung einer unveränderten Rente (vgl. Urk. 10/60).

E. 4.3

Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Nierenkrankheiten, wiederholte mit Bericht vom 26. Mai 2012 (Urk. 10/71) die von Dr. D.____ (vorstehend E. 4.1) genannten Diagnosen (Ziff. 1.1) und hielt fest, der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6).

E. 4.4

Dem folgte Dr. E.____ in seiner Beurteilung vom 11. Juni 2012 (Urk. 10/72/2). Daraufhin teilte die Beschwerdegegnerin am 13. Juni 2012 dem Beschwerdeführer mit, sein Anspruch sei unverändert (Urk. 10/74).

E. 4.5

Eine bildgebende Untersuchung vom 10. Dezember 2015 ergab im Halswirbelkörper 6/7 eine Diskusextrusion mit beidseitiger neuroforaminaler Stenosierung und möglicher Wurzelkompression C7 beidseits. Bezüglich der Lendenwirbelkörper 4 und 5 bestehe eine residuelle Diskusprotrusion, im Verlauf regredient, weiter lägen leichte beidseitige rezessale Stenosen sowie eine mögliche Wurzelreizung L5 beidseits vor (Urk. 10/82/5-6 = Urk. 10/89/3). Auf diese Befunde verwies Dr. F.____ (undatierter Bericht; Urk. 10/82/1-4).

E. 4.6

Am 5. April 2016 wurde der Beschwerdeführer vom RAD untersucht. Med. pract. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 14. April 2016 (Urk. 10/84) keine psychiatrischen Diagnosen (S. 5). Die frühere psychosoziale Belastung in Form von ehelichen Schwierigkeiten schein geklärt und die im Jahr 2005 gestellte Prognose einer Agoraphobie habe sich erfreulicherweise nicht bewahrheitet. Im Vergleich zum Befund von 2005 zeigten sich Verbesserungen, indem der Beschwerdeführer während des Gesprächs nicht mehr herumgehen, aufstehen oder gar das Gespräch hockend führen müsse. Auch erwähne er von sich aus keine Angst vor einer Lähmung. Diese Besserung werde durch ein besseres Funktionsbild unterstrichen: Er könne fast täglich zu Fuß einkaufen, mit dem öffentlichen Verkehr reisen, oft spazieren gehen und jährlich seine Mutter in Marokko besuchen. Differentialdiagnostisch wäre eine somatoforme Schmerzstörung zu prüfen; der dafür nachzuweisende anhaltende, schwere und quälende Schmerz finde sich aber nicht. Es fänden sich auch keine Hinweise auf eine Angststörung;

der Beschwerdeführer könne einkaufen, den öffentlichen Verkehr nutzen, Lift fahren und mit Zug und Flugzeug reisen (S. 4). Die beobachteten und berichteten Besserungen korrespondierten mit dem Fehlen einer psychiatrischen Behandlung und Medikation (S. 5 oben). Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig (S. 6).

E. 4.7

Gleichen Tags fand eine orthopädische/rheumatologische Untersuchung durch RAD-Arzt Dr. H.____, Facharzt für Allgemeine Chirurgie, statt. Dr. H.____ stellte in seinem Bericht vom 14. April 2016 (Urk. 10/85) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 unten f.): - schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der LWS - Status nach Diskushernie L4/5 links mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 hin - fragliche muskuläre Schwäche linker Arm und linkes Bein (kein Kenn muskel-Bezug) - fragliche Hypästhesie linker Arm und gesamtes linkes Bein (kein Dermatom-Bezug) Eine operative Sanierung der radiologisch nachgewiesenen Diskushernien sei nach Angaben des Beschwerdeführers im Moment nicht aktuell (S. 1). Die Rücken- und Nackenmuskulatur sei weich gewesen und habe keinerlei Hartspann gezeigt. Auch das An- und Auskleiden und Schuhebinden sei in flüssigen Bewegungen mit Beugung des Rückens erfolgt. Bei der körperlichen Untersuchung habe sich im Vergleich zur Beurteilung durch Dr. C.____ eine Verbesserung der Flexibilität im Rücken gezeigt. Ebenso habe der Finger-Boden-Abstand verbessert werden können, was auf eine erhöhte und normalisierende Flexibilität der Wirbelsäule hinweise. Unverständlich sei, dass der Beschwerdeführer trotz starker Schmerzsymptomatik weder pharmakologisch, physiotherapeutisch noch orthopädisch/neurochirurgisch eine Verbesserung seines subjektiv desolaten Schmerzzustandes anstrebe, um wieder in ein normales Leben zurückzukommen. In einzelnen Fällen wirke auch das Verhalten des Exploranden inkongruent mit der angegebenen Schmerzsymptomatik, so dass der gesamt heitliche Eindruck einer Aggravation entstanden sei (S. 4 unten f.).

E. 4.8

In der Konsensbeurteilung kamen die beiden RAD-Ärzte zum Schluss, es sei aktuell kein eindeutiger somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige. Ebenso finde sich aus versicherungs psychiatrischer Sicht keine IV-relevante Gesundheitsstörung. In der bisherigen Tätigkeit als Call-Center-Agent bestehe seit 2003 keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer angepassten Tätigkeit mit körperlich leichter wechselbelastender Tätigkeit ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastung über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulen belastende und hüftgelenks-kniegelenksbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten (Bücken, Hocken, Knien, Überkopparbeiten, Arbeiten in Armvorhalt), ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände, ohne andauernde Vibrationsbelastungen und Nässe-/Kälteexposition bestehe seit April 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit. Der Gesundheitszustand habe sich hinsichtlich der Rückenbeschwerden verbessert (S. 5).

E. 4.9

Dr. F.____ hielt mit Bericht vom 24. Mai 2016 (Urk. 10/89) fest, es sei anlässlich der im Dezember 2015 durchgeführten radiologischen Untersuchung eine Verschlechterung festgestellt worden. Der Beschwerdeführer sei infolge der Schmerzen nicht in der Lage, länger als etwa 15 Minuten zu stehen, zu laufen oder zu sitzen, so dass er nicht in der Lage sei zu arbeiten. Er könne kaum schlafen und habe Konzentrationsstörungen. Aus

hausärztlicher Sicht sei er zu 100 % arbeitsunfähig.

E. 5.1

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b). Die vom Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten weiteren medizinischen Berichte (Urk. 7; Urk. 19/1-7) ergingen alle nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung und sind deshalb grundsätzlich nicht zu berücksichtigen. Zudem enthält keiner der genannten Berichte Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, weshalb sie zur vorliegend strittigen Frage nichts beizutragen vermögen.

E. 5.2

In somatischer Hinsicht bestand im Frühjahr 2006 und auch noch im Sommer 2007 gemäss Dr. A.____ und Dr. C.____ eine starke Beeinträchtigung des Beschwerdeführers infolge der lumbalen Beschwerden (vgl. vorstehend E. 3.3 und 3.5). Anlässlich der Begutachtung durch Dr. C.____ zeigte sich eine massiv eingeschränkte Gehleistung sowie eine stark eingeschränkte Wirbelsäulenbeweglichkeit mit einer radikulären Symptomatik L5/S1 links. Dr. C.____ stellte das Vollbild einer subakuten bis akuten Diskushernie mit Nervenwurzelkompression

L5/S1 links fest (vgl. vorstehend E. 3.5). Anlässlich der bildgebenden Untersuchung vom 10. Dezember 2015 (vorstehend E. 4.5) wurde bezüglich der Lendenwirbelkörper 4 und 5 eine residuelle, im Verlauf regredierende Diskusprotrusion sowie hinsichtlich L5 eine lediglich mögliche Wurzelreizung beidseits festgestellt. Bei der RAD-Untersuchung im April 2016 bestand zwar immer noch eine schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Lendenwirbelsäule, jedoch war der Beschwerdeführer - im Gegensatz zur Untersuchung durch Dr. C.____ im Sommer 2007 - nun fähig, sich flüssig mit Beugung des Rückens zu bewegen. Dr. H.____ stellte fest, dass sich nun eine Verbesserung der Flexibilität im Rücken sowie des Finger-Boden-Abstands zeige und damit eine erhöhte und normalisierende Beweglichkeit der Wirbelsäule einherging. Dies stellt eine klare Verbesserung dar. Entsprechend den verbleibenden Beeinträchtigungen wurde seitens des RAD ein genaues Belastungsprofil dargelegt (vgl. vorstehend E. 4.8). Nicht gefolgt werden kann jedoch der Angabe, wonach die angestammte Tätigkeit als Callcenter Agent nicht mehr zumutbar sei, denn diese entspricht einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil.

E. 5.3

In psychischer Hinsicht ist ebenfalls eine Verbesserung eingetreten. Ging Dr. B.____ im Juni 2007 noch von einer reaktiven depressiven Störung aus (vgl. vorstehend E. 3.4) - wobei er bereits damals die psychischen Probleme als klar sekundär zu den somatischen Beeinträchtigungen einordnete und von der somatischen Entwicklung abhängig machte -, so vermochte med. pract. G.____ im April 2016 keine psychiatrische Diagnose mehr zu stellen. Er führte dies nachvollziehbar auf den Umstand zurück, dass sich die psychosoziale Belastung durch die Eheschwierigkeiten verringert habe und der Beschwerdeführer nun über ein besseres Funktionsbild verfüge, indem er fast täglich zu Fuss einkaufen, mit dem

öffentlichen Verkehr reisen und oft spazieren gehen könne. Für einen geringen Leidensdruck spreche auch die fehlende psychiatrische Behandlung. Damit hat sich die Prognose von Dr. B.____, dass der psychische Zustand des Beschwerdeführers von seiner somatischen Situation beeinflusst werde, bestätigt: Es ist auch in dieser Hinsicht eine Verbesserung eingetreten.

E. 5.4

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode n können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis ver si cherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte ge hören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zu ver lässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 5.5

Der RAD-Bericht genügt den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. vorstehend E. 1.4): Er beinhaltet eine Abklärung der psychischen und soma ti schen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und ist damit für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Unter su chungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vor akten verfasst und ist genügend begründet. Zudem verfügen sowohl Dr. H.____ als auch med. pract. G.____ über einen Facharztstitel (vgl. Fehler! Hyperlink-Referenz ungültig.

admin.ch) und damit über die notwendige fachliche Qualifikation. Es bestehen keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ihrer Expertise. Dem gegenüber fehlt es den behandelnden Ärzten Dr. D.____ (vorstehend E. 4.1) und Dr. F.____ (vorstehend E. 4.3) an der notwendigen fachärztlichen Qualifi ka tion zur Beurteilung der somatischen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers, sind doch beide Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin. Auf ihre Berichte kann deshalb nicht abgestellt werden.

E. 5.6

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass im Vergleich zur medizinischen Sachlage im Jahr 2007 von einer Verbesserung auszugehen ist; der Beschwerdeführer ist sowohl in der angestammten wie auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig. Bei voller Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit besteht ohne weiteres kein Rentenanspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C_786/2013 vom 14. Januar 2014 E. 4.2), weshalb auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs verzichtet werden kann. Der angefochtene Entscheid ist somit rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 6

3

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt:

E. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6.2

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Nachdem Rechtsanwalt Bernhard Zollinger keine Honorarnote eingereicht hat, ist die Entschädigung nach Ermessen festzusetzen (vgl. Urk. 16 Dispositiv-Ziffer 2). In Berücksichtigung der vorstehend genannten Kriterien ist die Entschädigung von Rechtsanwalt Bernhard Zollinger bei Anwendung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

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