

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00026 vom 14. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00026

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00026 du 14 août 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00026 del 14 agosto 2020

Erwägungen

E. 1

Der 1964 geborene X.____, Vater von vier Kindern (Jahrgang 1999, 2010, 2011 und 2016), ohne Berufsausbildung, erhielt im Jahr 2001 das Schweizer Bürgerrecht und zog im Juni 2009 nach Algerien. Im April 2014 kehrte er schliesslich definitiv wieder in die Schweiz zurück (Urk. 8/3, Urk. 8/39 und Urk. 8/56). Seit seinem Wegzug im Jahr 2009 war er in der Schweiz nicht mehr erwerbstätig (Urk. 8/8 und Urk. 8/80). Am 28. Mai 2015 (Eingangsdatum) meldete er sich unter Hinweis auf ein invalidisierendes chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8 /

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 Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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

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

E. 1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-) ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert

vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren her rühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen selbstständigen Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1. 5

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 1. 6

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 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode 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 praxis gemässen 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 versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit 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). 1 . 7

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). 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). 2.

2.1

Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, dass sich aus ärztlicher Sicht der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert habe und ihm eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei. Dabei sei folgendes Belastungsprofil zu berücksichtigen: leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung unter Ausschluss ungünstiger Witterungsbedingungen, gelegentliches Heben, Tragen und Transportieren von Lasten bis max. 10 kg körpernah und ohne Verharren in Zwangshaltungen. Aufgrund der Einschränkungen werde ein zusätzlicher Abzug von

E. 3

).

Zur Abklärung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse holte die IV-Stelle zunächst Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 8/7, Urk. 8/19-20, Urk. 8/22, Urk. 8/24-25, Urk. 8/27-28, Urk. 8/30, Urk.

8/33) und zog einen Auszug aus dem individuellen Konto bei (Urk. 8/8). Mit Verfügung vom

E. 3.1

Vergleichsbasis im vorliegenden Revisionsverfahren bildet die Verfügung vom 8. Juli 2016 (Urk. 8 / 43 und Urk. 8/46), welche r in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen der Arztbericht der B.____

vom 3. Juni 2015 (Urk. 8/7) sowie die Stellungnahmen des RAD vom 14. September 2015 (Urk. 8/36/2-3) , vom 8. Januar 2016 (Urk. 7/36/4) und vom 3. Mai 2016 (Urk. 7/36/5) zugrunde liegen.

E. 3.2

Im Austrittsbericht der B.____ vom 3.

Juni

2015 wurde folgende Diagnose festgehalten (Urk. 8/7/6): - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts mit/bei - Im postoperativen MRI der LWS am 27.4.2015: Segmentdegeneration L5/S1 mit Rezessus - und Foraminalstenose rechts - 23.04.2015: Spondylodese L5/S1 mit Expedium , autologen Beckenkammknochen und Grafton sowie mit Concorde-Cage intercorporal , Fenestration L5/S1 rechts mit Fazettektomie und mikrochirurgischer Dekompression unter Neuromonitoring - Laut Akten waren präoperativ diffuse Gefühlsminderung im linken Unterschenkel sowie eine diffuse Kraftminderung im Bereich der rechtsseitigen unteren Extremität feststellbar

Dem Beschwerdeführer sei seine frühere Tätigkeit als Maler/Lager ist nicht mehr zumutbar. Aktuell sei ihm auch keine andere berufliche Tätigkeit zumutbar (Urk.

8/7/7). Es seien aktive therapeutische Massnahmen mit physiotherapeutischer Einzelbehandlung manuell komplex und individuelles Gruppentraining durchgeführt worden (Urk. 8/7/8).

E. 3.3

Dr. med.

C.____ , Facharzt Chirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 14. September 2015 für den RAD fest, es bestehe aus versicherungsmedizinischer Sicht nach der Operation der Lendenwirbelsäule eine verminderte Belastbarkeit für: regelmässiges mittelschweres und schweres Heben, Tragen und Transportieren von Lasten, für Arbeiten mit Überstreckbelastung der Wirbelsäule über Kopf- und Schulterhöhe, auf Leitern und Gerüsten, für ausschliesslich stehende Tätigkeiten, für häufiges Bücken und Arbeiten in vorgeneigter Körperposition sowie für Tätigkeiten in körperlichen Zwangshaltungen. Leichte (angepasste Tätigkeiten) in Wechselbelastung unter Ausschluss ungünstiger Witterungsbedingungen, auch mit gelegentlichem Heben, Tragen und Transportieren von Lasten

bis max. 10 kg körpernah, ohne Verharren in Zwangshaltungen, seien medizinisch theoretisch zumutbar. Der Beschwerdeführer sei seit dem 25. August 2014 bis auf weiteres 100 % arbeitsunfähig. Im Moment bestehe noch ein instabiler Gesundheitszustand. Laut dem Arztbericht von Dr. med. Z.____, Facharzt Neurologie, vom 11. August 2015 (Urk. 8/20) und dem Arztbericht von Dr. med.

D.____, Facharzt Neurochirurgie, vom 4.

September

2015 (Urk. 8/22) bestünden noch massive stärkste Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Ende Oktober 2015 seien aktuelle Arztbericht einzuholen (Urk. 8/36/2-3).

E. 3.4

In der Stellungnahme vom 8. Januar 2016 für den RAD führte Dr. C.____

aus, laut aktuellem Arztbericht von Dr. Z.____ vom 18. November 2015 (Urk. 8/24) finde sich eine unveränderte Schmerzsymptomatik mit Laufen an zwei Unterarm gestützt. Eine Befundbesserung sei nicht eingetreten. Eine Stellungnahme zur Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit finde sich nicht. Es sei weiterhin von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Eine Vorstellung des Beschwerdeführers bei Dr. D.____ habe seit August 2015 nicht mehr stattgefunden (Urk. 8/28). Als weiteren Behandler werde Dr. med.

E.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, angegeben. Es bestehe

zurzeit noch ein instabiler Gesundheitszustand. In 6 Wochen seien aktuelle Arztberichte bei Dr. E.____ und Dr. Z.____ einzufordern (Urk. 8/36/4). 3. 5

In der Stellungnahme vom 3. Mai 2016 für den RAD verwies Dr. C.____, zunächst auf seine vorhergehenden Stellungnahmen und führte aus, es lägen aktuelle Arztberichte von Dr. E.____ vom 26. April 2016 (Urk. 8/33) und Dr.

Z.____ vom 29. Februar 2016 (Urk. 8/30) vor. Es werde in beiden Arztberichten ein unveränderter bis verschlechterter Gesundheitszustand dokumentiert. Bis auf weiteres bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit. Mit einer Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit sei nicht zu rechnen. Von medizinischer Seite sei eine vorzeitige medizinische Überprüfung in eineinhalb Jahren zu empfehlen (Urk. 8/36/5). 4. 4.1

Im Rahmen des im September 2017 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens (Urk. 8/76) veranlasste die IV-Stelle eine medizinische Untersuchung durch Dr. med. Y.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie, des RAD (Bericht vom 21. Juni 2018, Urk. 8/97) als Entscheidungsbasis zur Bestimmung, ob eine anspruchrelevante Änderung eingetreten ist. 4.2

Dr. Y.____ erhob in ihrem Untersuchungsbericht vom 21. Juni 2018 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/97/9): - Schmerzhaftes Bewegungs- und Belastungseinschränkung der LWS bei - Status nach Dekompression und Spondylodese L5/S1 am 23. April 2015 - Generalisierte Schmerzen des Achsenorgans ohne Hinweise auf ein organisches Korrelat Im Verlauf des Untersuchungsgangs hätten auch mit Hinweis auf die nötige Kooperation keine konklusiven Befunde erhoben werden können. Die

gesamte Untersuchung sei von erheblicher Verdeutlichung und Aggravation gekennzeichnet gewesen, so dass die Befunderhebung nur zum Teil möglich gewesen sei (Urk. 8/97/4). Bei der Untersuchung sei als objektive Veränderung festzustellen, dass das freie Gehen möglich gewesen sei. Der Beschwerdeführer sei ohne Gehstützen erschienen. Er habe kein Korsett, sondern eine elastische Bandage getragen. Das Liegen in Rückenlage sei möglich gewesen. Die geklagten Schmerzen und das präsentierte Beschwerdebild seien nicht durch objektive Befunde zu stützen oder zu erklären. Der Beschwerdeführer berichte auch in der Untersuchung, die Operation sei falsch ausgeführt worden. Objektive Hinweise auf eine Schädigung der Nerven- oder Muskeltstrukturen oder eine andere Beeinträchtigung durch das leichte Übertragen einer Schraube bei sonst unauffälligem postoperativem Befund hätten sich bei der Untersuchung nicht gefunden. Eine objektive Einschätzung der tatsächlichen Beweglichkeit und Belastbarkeit der Wirbelsäule sei angesichts der massiven Aggravation nicht möglich. Die Beurteilung müsse daher anhand der Beobachtungen im Rahmen der Spontanbeweglichkeit, anhand der Hinweise auf körperliche Aktivitäten und medizinisch-theoretisch erfolgen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe nach Spondylodese eines Segments der Lendenwirbelsäule ohne residuale

neurologische Ausfälle eine verminderte

Belastbarkeit für: regelmässiges mittelschweres und schweres Heben, Tragen und Transportieren von Lasten, für

Arbeiten mit häufiger Überstreckungsbelastung der Wirbelsäule über Kopf- und Schulterhöhe, auf Leitern und Gerüsten, für ausschliesslich stehende

Tätigkeiten, für häufiges Bücken und Arbeiten in vorgeneigter Körperposition sowie für Tätigkeiten in körperlichen Zwangshaltungen. Leichte (angepasste) Tätigkeiten in Wechselbelastung unter Ausschluss ungünstiger Witterungsbedingungen, auch mit gelegentlichem Heben, Tragen und Transportieren von Lasten bis max. 10 kg körpernah, ohne Verharren in Zwangshaltungen, seien medizinisch theoretisch zumutbar. In seiner bisherigen Tätigkeit als Maler bestehe seit dem 25. August 2014 keine Arbeitsfähigkeit mehr. In angepasster Tätigkeit mit dem oben genannten Profil sei spätestens seit dem 19. April 2018 eine vollständige Arbeitsfähigkeit gegeben (Urk. 8/97/10). 4.3

Dr. Z.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 1. September 2018 unter anderem fest, die Erstuntersuchung bei ihm sei am 27. Juli 2015 (Überweisung durch Dr. E.____) erfolgt. Die Symptomatik sei wie in der B.____ beschrieben bzw.

ein Schmerzsyndrom (nach « failed back surgery ») gewesen. Er habe seine Befunde und Behandlung in ausführlichen Berichten an die SVA übermittelt. Im Vordergrund

habe die Behandlung der Schmerzen gestanden, welche bei neuropathischer Komponente zunächst mit Lyrica hätten behandelt werden müssen.

Der Erfolg der Behandlung sei abhängig von Verträglichkeit und Wirksamkeit der individuellen Dosierung. Daneben erhalte der Beschwerdeführer

Transtec Pflaster (Opioide) sowie Physiotherapie. Die Behandlung solcher Schmerzen sei erfahrungsgemäss

langwierig . Er habe de n

Beschwerdeführer

im Durchschnitt in ein bis zwei monatigen Abständen kontrolliert . Eine Besserung von ca. 30% habe erreicht werden können. Der Beschwerdeführer habe auch psychisch unter seinen Beschwerden und der misslungenen Operation gelitten. Er habe sich Vorwürfe gemacht, überhaupt in die Operation eingewilligt zu haben. Radiologisch übertrage die Schraube links nach anterior und laterala den Wirbelkörper. Es bestehe eine Listerie von L5 über S1, sodass die Frage einer Gefügelockerung

aufgeworfen

werden müsste resp. Fraglich sei,

ob ein Durchbau

interkorporell L5/S1 erfolgt sei bzw. zu welchem Grad . Bei der RAD - Untersuchung sei «viele nicht prüfbar» gewesen, weil der Beschwerdeführer Schmerzen gehabt habe. Es sei auch eine allgemeine Beobachtung erfolgt, dass z.B. «unter Ablenkung die Schmerzen nicht reproduzierbar gewesen seien »

oder «die Ergebnisse der Vibrationsempfindung sich nur durch bewusste Falschangaben erklären liessen». Es sei tatsächlich schwierig , genaue Angaben zu erhalten, wenn der Beschwerdeführer das Abklingen der Vibration nicht genau bestimmen könne . Falschangaben seien aber bei dieser Untersuchung kaum zu erwarten, da dies für den Beschwerdeführer keinen Sinn machen würde. Dann lasse die Beschwiellung im Bereich der Beine/Füsse auf «regelmässige Gehebelastung der Füsse und regelmässige Religionsausübung mit Gebet in kniender Position» schliessen. Dies sei eine gewagte Behauptung und es fehle zudem eine Befragung des Beschwerdeführers. Trotz den vielen widrigen Umständen bei der Untersuchung mit Aggravation bei jeder Bewegung werde die Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit «Schmerzhafter Bewegung s - und Belastung s einschränkung der LWS bei St.n . Spondylodese

sowie

generalisierte Schmerzen ohne Hinweise auf organisches Korrelat» angegeben. Die Beurteilung sei aufgrund der Beobachtung medizinisch theoretisch erfolgt (Urk. 8/113/2). Medizinisch sei die Situation nach dem RAD-Bericht etwas verwirrend. Eine objektive solide Grundlage für die Beurteilung fehle, ebenso ein Beweis für eine Verbesserung der Gesundheitssituation. Unverständlich sei die Beurteilung einmal aufgrund der «Beobachtung» «medizinisch theoretisch» und «ohne organische Grundlage», und dann «versicherungsmäßig» mit ausgewiesenem organischem Gesundheitsschaden. Der Gesundheitszustand habe sich nicht verändert. Die Quelle der Schmerzen liege wie schon nach der Operation im Operationsgebiet selber. Die Aufgabe der Osteosynthese sei die Stabilisierung vom Segment und Eliminierung der falschen Beweglichkeit, dies umso mehr , als der Beschwerdeführer operationsbedingt eine Facettektomie habe. Ein ausführlicher Operationsbericht in den Akten fehle. Zudem bestünden Nervenreizungen mit neuropathischen Schmerzkomponenten. Mit der Medikation mit Lyrica und Tramadol habe eine gewisse Linderung erreicht werden können. Er habe den Beschwerdeführer nicht als Aggravant erlebt. Er sei so auch nicht in den medizinischen Akten beschrieben worden. Die Schmerzen intervenierten bei jeder Tätigkeit. Der Beschwerdeführer sei ein chronischer Schmerzpatient. Er sei keinem Arbeitgeber zumutbar und könne keine nutzbare

regelmässige Leistung erbringen. Der Bericht gebe keine schlüssige Antwort darauf, was sich zwischen August 2017 und April 2018 aus Sicht des RAD verbessert habe. Er bestimme aber trotz dem eine 100% - ige

Arbeitsfähigkeit im Profil einer angepassten Tätigkeit . Dies sei erklärungsbedürftig (Urk. 8/113/3). 4.4

Dr. med. A.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 4. Dezember 2018 aus, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 23. August 2018 in seiner Behandlung befinde. Seit Beginn der Therapie hätten bis jetzt ca. fünf Sitzungen stattgefunden. Er diagnostizierte eine depressive Verstimmung als Ausdruck einer Anpassungsstörung bei einem chronischen Schmerzsyndrom infolge körperlicher Krankheit (ICD-10: F43.8). Zu Beginn der Therapie hätten sich die Gespräche auf die Rückenschmerzen, den Umgang mit solchem Leiden sowie die psychosoziale Situation konzentriert. Der Beschwerdeführer sei zudem sehr froh über die Untersuchung durch die RAD-Ärztin sowie den Entscheid der IV. Er befinde sich aufgrund des Gesundheitszustandes in einer belastenden Situation. So habe er wegen der Rückenbeschwerden, der Operation sowie des langen Reha-Aufenthalts in B.____ seine Arbeit als Mitarbeiter in der Firma F.____ und als Autohändler nicht mehr weiterführen können und es sei zunächst die Arbeitsunfähigkeit eingetreten. Danach folgten mehrere Untersuchungen und Behandlungen und verschiedene Gänge durch die medizinischen Institutionen. Ebenfalls sei die IV eingeschaltet und der Beschwerdeführer sei berentet worden. 2015 seien beim Beschwerdeführer massive Rückenschmerzen aufgetreten , die zur Operation geführt hätten. In diesem Zusammenhang habe sich beim Beschwerdeführer eine Depression als Reaktion auf das körperliche Leiden

entwickelt . Zudem seien intrafamiliäre Konflikte aufgetreten. Diese Situation sei für den Beschwerdeführer neben den Schmerzen eine grosse

Belastung und für

die Genesung gar nicht förderlich . Die fehlende Zukunftsperspektive , die Verzögerung des IV-Entsch e i d s und die damit verbundenen Unsicherheiten sowie die finanzielle Situation würden dem Beschwerdeführer weiter zu schaffen machen. Zurzeit leide er immer noch unter der aktuellen Situation. Psychopathologisch könne ein mittelschwerer depressiver Zustand festgestellt werden. Dieser zeige sich in folgenden Symptomen: wechselnde Stimmung (hoffnungslos , bedrückt , zeitweise aber auch resigniert), pessimistische Zukunftsperspektiven, morgendliche Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Interessenlosigkeit, Grübeln, sich zurückziehen sowie Schlafstörung. Der Beschwerdeführer sei aus rein psychiatrischer Sicht schätzungsweise zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 3/10 S. 1). 5. 5.1

Der orthopädische Untersuchungsbericht vom 21. Juni 2018

des RAD beruh t auf für die streitigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen (Urk.

8 /97 /4-9) und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) verfasst. Die vorhandenen Arztberichte wurden sorgfältig gewürdigt (Urk. 8 / 97/9-10) . Die RAD-Ärztin hat detaillierte Befunde und hieraus begründete Diagnosen erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers ausführlich auseinandergesetzt

(Urk. 8 /97/1, Urk.

9/97/9-10). Zudem hat sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Damit vermag der orthopädische Untersuchungsbericht die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen (E. 1.5) vollumfänglich zu erfüllen und es kommt ihm voller Beweiswert zu. 5.2

Der Beschwerdeführer kritisierte den Untersuchungsbericht

unter Verweis auf die Stellungnahme vom 1. September 2018 von Dr. Z.____ (Urk. 8/113/ 1-2)

dahin gehend , dass die Operation vom 23. April 2015 ein völliger Misserfolg gewesen sei. Es sei radiologisch offenbar festgestellt worden, dass die beiden Schrauben , insbesondere die rechte Schraube , den Wirbelkörper rechts nach anterior und lateral deutlich mehr als zwei Millimeter durchstiesse. Es bestehe danach eine Listhesis von L5 über S1, sodass sich offenbar die Frage einer Gefügelockerung stelle (Urk. 1 Ziff. 4).

Dem ist entgegenzuhalten, dass die RAD-Ärztin in ihrer Beurteilung nachvollziehbar zum Schluss kam, dass nur ein leichtes Überragen der Schraube vorliege und sich keine objektiven Hinweise auf eine Schädigung von Nerven- oder Muskelstrukturen oder eine andere Beeinträchtigung bei sonst unauffälligem postoperativem Befund finde (Urk. 8/97/10 und Urk. 8/119/3), wobei die RAD-Ärztin, welche als Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie über die erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt, den MRI- Befund im Original an gefordert hatte

(Urk.

8/100/3). Sodann berücksichtigte sie sämtliche von Dr. Z.____ erhobenen Befunde, so auch seinen Bericht vom

E. 8

/ 62). Mit Verfügung vom 9. August 2017 wurde aufgrund des Entfallens der Kinderrente für seine älteste Tochter die nächste Neuberechnung vorgenommen (Urk. 8/70 und Urk. 8/78).

Im Zuge einer im September 2017 eingeleiteten Rentenrevision (Urk. 8/76) zog die IV-Stelle einen weiteren Auszug aus dem individuellen Konto bei (Urk.

8/80), holte neue Arztberichte ein (Urk. 8/81, Urk. 8/87, Urk. 89-90 und Urk. 8/93) und liess den Versicherten durch Dr. med. Y.____ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, den RAD untersuchen (Bericht vom 21.

Juni 2018, Urk. 8/97). Mit Vorbescheid vom 2. Juli 2018 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Aufhebung der Invalidenrente wegen seines verbesserten Gesundheitszustands in Aussicht (Urk. 8/101). Dagegen erhob der Beschwerdeführer unter Beilage der Stellungnahme vom 1. September 2018 von Dr. med. Z.____ , Facharzt Neurologie, am 3. September

2018 Einwand (Urk.

8/ 113- 114). Mit Verfügung vom 21. November 2018 wurde die Rente auf Ende des folgenden Monats aufgehoben (Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 8. Januar 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 21. November 2018 beim hiesigen Sozialversicherungsgericht und beantragte, ihm sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung weiterhin eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen und es sei ein multidisziplinäres medizinisches Gutachten einzuholen. In prozessualer Hinsicht ersuchte der Beschwerdeführer um eine öffentliche Gerichtsverhandlung und die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 und Urk. 3/3-10). Mit Beschwerdeantwort vom 30. Januar 2019 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde und

verlangte die Freistellung von ihrem Erscheinen vor Gericht bei einer allfälligen öffentlichen Gerichtsverhandlung (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 27. Februar 2019 angezeigt wurde. Gleichzeitig wurde ihm das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Dr. Kurt Pfau als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 12 und Urk. 10-11). Mit Eingabe vom 22. Juli 2020 verzichtet der Beschwerdeführer auf eine mündliche Verhandlung (Urk. 16). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

% gewährt. Somit resultiere aus dem Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von 10 %. Da der IV-Grad unter 40 % liege, bestehe kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente. Gemäss der RAD-Stellungnahme vermöchten die aufgeführten Behauptungen von Dr. Z.____ die Beurteilung des RAD nicht zu entkräften. Demnach würden keine weiteren medizinischen Abklärungen vorgenommen (Urk. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass bis heute keine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustandes seit Zuspreechung einer ganzen Rente am 8. Juli 2016 eingetreten sei. Die Annahme des RAD für eine Verbesserung mit nur geringer Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe sei in keiner Weise zutreffend. Richtig sei vielmehr, dass lediglich eine leichte Besserung durch die Einnahme von Transtec und Lyrica stattgefunden habe, wie dies Dr. med. Z.____ in seiner Stellungnahme vom 17.

Dezember 2018 festgehalten habe. Die enormen Schmerzen und die damit verbundenen psychischen Belastungen seien seit der Operation zweifelsfrei dokumentiert. So sehe denn auch Dr. med. Z.____ überhaupt keine Gründe, an seinen Aussagen zu zweifeln. Der Untersuchungsbericht des RAD erfülle keineswegs die vom Bundesgericht erwähnten

Kriterien. Er sei weder umfassend noch berücksichtige er die beklagten Beschwerden. Zudem sei der Bericht in der Beurteilung der medizinischen Situation nicht einleuchtend. Ferner seien die Schlussfolgerungen keinesfalls nachvollziehbar und schlüssig. Aus all diesen Gründen bestünden daher erhebliche Zweifel am Beweiswert dieses Untersuchungsberichts. Sodann sei zu berücksichtigen, dass die von Dr. med. A.____ diagnostizierte mittelschwere Depression mittlerweile einen selbständigen Krankheitswert entwickelt habe und zu einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % führe, was auch für eine dem

Leiden angepasste Tätigkeit gelte. Es sei daher absolut nicht gerechtfertigt, die Rente aufzuheben. Sofern ernste Zweifel aus medizinischer Hinsicht bestünden, seien diese durch ein unabhängiges multidisziplinäres medizinisches Gutachten zu klären. Bis zu dessen Vorliegen solle die Rente einstweilen ausgerichtet werden (Urk. 1) . 3.

E. 11

August 2015 , in welchem er sich zur nativen und kontrastmittelverstärkten MR-Untersuchung sowie der nativen CT-Untersuchung

der LWS

vom 17. Juni 2015 von Dr. med. G.____ , Spezialarzt Neuroradiologie der H.____ , äusserte (Urk. 8/25/2) , wobei bereits Dr. G.____

zum gleichen Schluss wie die RAD-Ärztin kam (Urk. 8/93) .

Auch dem Bericht der B.____ vom 3. Juni 2015 ist zu entnehmen, dass sich in der konventionell-radiologischen Kontrolle eine unveränderte Stellung der Implantate zeigte, keine Hinweise auf eine Lockerung bestanden und keine Durchbauung zu erkennen sei , was gemäss der RAD-Ärztin allerdings ein Monat nach der Operation auch nicht zu erwarten gewesen sei . Weitere bildgebende Untersuchungen seien dann allerdings nicht mehr möglich gewesen , da sich der Beschwerdeführer selber nach Hause entlassen habe

(Urk. 8/7/7-8 und Urk. 8/7/10 vgl. auch Urk. 8/119/3) . Ferner

führte Dr.

Z.____ in seinem Bericht vom 11.

August 2015 lediglich aus , dass die Schraube links den Wirbelkörper nach anterior und lateral überrage und sich in der Umgebung des Musculus

psos befindet . Zum Ausmass der Überragung äusserte er sich nicht , insbesondere beschrieb er keine klinischen Hinweise auf eine mangelnde Stabilität der Spondylodese . Des Weiteren

diagnostizierte er zu diesem Zeitpunkt keine Listhesis von L5 über S1 und warf die Frage einer Gefügelockerung nicht auf. Da er den Beschwerdeführer nach der bildgebenden Untersuchung im Juni 2015 nicht nochmals zu einer radiologischen Kontrolle der LWS überwies , erachte te er offenbar seinen Befund selber nicht als weiter abklärungsbedürftig (Urk. 8/25/2 vgl. auch Urk. 8/119/3) . Im Übrigen ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Die

erfolgten Ausführungen von Dr. Z.____

vermögen demnach den RAD-Untersuchungsbericht nicht zu entkräften.

Daran vermag

auch der Bericht von Dr. Z.____ vom 17. Dezember 2018 , welcher sich auf den Behandlungszeitpunkt vor Verfügungserlass (November 2018) bezieht, nichts zu ändern (Urk. 3/8) . Darin äusserte er sich

im Wesentlichen zur Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 23.

Oktober 2018 und

zitierte in diesem Rahmen neu MRI-Befunde von I.____ von Dr. J.____ vom 27. August 2018 . Gemäss Dr. Z.____ habe Dr. J.____

die Schraubenlage der extrakorporalen Lage der Spitze nicht beurteilt , jedoch auf ein Ödem hingewiesen. Zusätzlich

machte Dr. Z.____

Ausführungen zu seiner Untersuchung des Beschwerdeführers am 3. September 2018, anlässlich welcher er

eine Interpretation der MRI Bilder vom 27.

August 2018 vornahm (Urk. 3/8 S. 2).

Mit Blick auf die fachfremde Beurteilung des Neurologen Dr. Z.____ der MRI Bilder vom 27. August 2018, der ungefähr vier Monate zuvor ergangenen klinischen Untersuchung durch den RAD sowie des nicht Einreichens des Originalberichts von Dr. J.____ erscheint eine potentiell invalidisierende

Auswirkung

der MRI-Befunde unwahrscheinlich . 5.3

Der Beschwerdeführer bestritt zudem unter Hinweis auf die Stellungnahme von Dr. Z.____ vom 1. September 2018 (Urk. 8/113/2-3) die im Untersuchungsbericht festgehaltene Aggravation und stellte sich insbesondere gegen die in einer angepassten Tätigkeit attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % (Urk. 1 Ziff. 6 und 8) .

Die RAD-Ärztin berichtete über eine bei der orthopädischen Untersuchung festgestellte massive Selbstlimitation des Beschwerdeführers und unzählige Inkonsistenzen . Die Schmerzangaben und demonstrierten Einschränkungen waren nicht durch physiologische Zusammenhänge zu erklären (Urk. 8/97/9) . Der Beschwerdeführer präsentierte sich als in grossem Masse hilflos. Er habe angegeben sich nicht alleine an- und auskleiden zu können. Trotz der Hilfe, sei es schliesslich nur unter Protest möglich gewesen , dass er die Arme aus den Ärmeln gezogen habe . Ebenso habe er sich beim Ablegen der Hose und beim Ankleiden mit viel Ächzen und Stöhnen

verhalten (Urk. 8/97/4) . Gemäss dem RAD-Untersuchungsbericht war eine konsistente Bewegungsprüfung der Halswirbelsäule bei Gegenspannen und lautem Protest gegen die in seiner Angabe im höchsten Masse schmerz auslösende Bewegungsprüfung nicht möglich . Dieses Verhalten steht in klarem Widerspruch dazu, dass sich im spontanen Bewegungsverhalten keine Auffälligkeiten ergaben sowie unter Ablenkung kein Druckschmerz erkennbar war . Auch der Versuch einer Untersuchung der Brust - und Lendenwirbelsäule war von lauten Schmerzaussagen und Protest begleitet . Hingegen war unter Ablenkung an zuvor stark schmerzhaften Bereichen keine Reaktion auslösbar gewesen . Vegetative Anzeichen starker Schmerzen wie Schwitzen oder erhöhte Atemfrequenz waren nicht vorhanden gewesen

(Urk.

8/97/ 5) . Ebenso war die Bewe gungs prüfung der oberen Extremitäten bei Gegenspannen und Schmerzangabe in der gesamten Wirbelsäule nicht möglich. Jedoch sprachen im Spontanverhalten keine Hinweise für eine Funktionsminderung der Schultern . Kli nische Hinweise auf eine Schulter steife oder einen verminderten Gebrauch der Arme (Muskelatrophien) lagen auch nicht vor (Urk. 8/97/6). Gemäss der RAD-Ärztin seien die Umfang masse der Arme und Beine bei regelrechten Muskelkonturen unauffällig (Urk.

8/97/ 9) . Sodann waren die Vibrationsangaben deutlich variabe l und klinisch nicht plausibel (Urk. 8/97/ 8-9). Zudem lie s s sich eine deutliche Schwielenbildung über der Tuberositas

tibiae bei der Untersuchung des Sprunggelenks , eine kräf t ig e Beschwielenung der Fuss s o hlen und

Schwielenbildu n g des Fussrückens über der Metatarsale I B a sis beidseits finden (Urk. 8/97/ 7-8) , was im Widerspruch zu seinem angegebenen Tagesablauf steht (Urk. 8/97/3 und Urk. 8/119/4) . Die Beschwielenung im Bereich der Beine lasse auf eine regelmässige Gehbelastun g der Füsse und regelmässige Religionsausübung mit Gebet in kniender Position schliessen (Urk. 8/97/ 9) .

In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer angab, er könne nicht stehen. Bei der Untersuchung war das Aufstehen aus dem Sitzen ohne Abstützen mit den Händen möglich und im Rahmen der Untersuchung stand er zumindest kurzfristig frei und ohne Abstützen mit den Armen. Auch war ihm das Sitzen während 1 Stunde und 20

Minuten ruhig und ohne auffällige Positionswechsel auf dem Stuhl möglich (Urk. 8/97/2).

Hinzu kommt, dass die im Rahmen der Untersuchung durchge führte n Laborkontrollen der Medikamenteneinnahme ergaben , dass die therapeu tischen Vorgaben vom Beschwerdeführer nicht eingehalten werden

(Urk.

8/97/2 und Urk. 8/97/9).

Demnach

war die gesamte Untersuchung von einer massive n Aggravation und Verdeutlichung sowie inkonsistentem Verhalten

und dadurch von mangelnde r Kooperationsbereitschaft

geprägt . Dies obwohl der Beschwerde führer auf seine nötige Kooperation hingewiesen wurde

(Urk. 8/97/4) . Dem Be schwerdeführer ist zuzustimmen, dass alleine aufgrund der Beschwielenung der Beine nicht konkrete Aktivitäten abgeleitet werden können (Urk. 1 S. 5), jedoch entstehen die Schwielen durch die Beanspruchung der entsprechenden Hautareale

(Urk. 8/119/3). Somit widerspricht die starke Beschwielenung

noch immer

seinen Angaben, dass er aufgrund seines Leidens den Tag hauptsächlich sitzend und liegend verbringt (Urk. 8 / 9 7/1-3).

Aus der Tatsache, dass eine konklusive Untersuchung in weiten Teilen unmöglich war, kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. So führte die RAD-Ärztin nachvollziehbar aus, dass dies eine Folge des aggravatorischen und verdeutlichenden Verhaltens des Beschwerdeführers sei. Die Untersuchung sei dabei von einer schlechten Kooperation gekennzeichnet gewesen. Die Schmerzangaben und demonstrierten Einschränkungen seien nicht durch physiologische Zusammenhänge zu erklären. Unter Ablenkung hätten die geklagten Druck- und Berührungsschmerzen nicht reproduziert werden können (Urk. 8/97/4 und Urk.

97/9. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess zwar vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht ist (Art. 61 lit. c ATSG), wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen hat. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, 122 V 157 E. 1a, vgl. BGE 130 I 180 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b). Insoweit der gesundheitliche Zustand aufgrund der mangelnden Kooperation in der Untersuchung somit nicht beurteilt werden konnte, trifft den Beschwerdeführer die Beweislast in dem Sinne, dass ein rentenrelevanter Gesundheitsschaden nicht dargetan ist, zumal Dr. Z.____

in seinem Bericht vom 24. Oktober 2017 keine Untersuchungsbefunde aufführte, die dem widersprechen würden. Die Diagnose wurde alleine aufgrund der subjektiven Schmerzangaben des Beschwerdeführers gestellt (Urk. 8/81). Gleich verhält es sich mit dem Bericht von Dr. E.____ vom Februar 2018 (Urk. 8/87).

Damit hat es mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im RAD-Untersuchungsbericht seinen Bewenden (E. 4.2). 5. 4

Nach dem Gesagten bestehen keinerlei Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Abklärungen des RAD, weshalb mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auszugehen ist, zumal in der Untersuchung keine objektiven Hinweise auf eine Minderbenutzung oder Funktionsminderung der Beine bestanden und keine objektivierbaren neurologischen Ausfälle zu erkennen waren. Es deuten auch keine objektivierbaren Hinweise auf eine Schädigung der Nerven- oder Muskelstrukturen oder andere Beeinträchtigungen durch das leichte Übertragen einer Schraube. Die Verbesserung seines Gesundheitszustands nach über drei Jahren nach der Operation zeigt sich auch dadurch, dass das freie Gehen wieder möglich ist, der Beschwerdeführer anstelle eines Korsetts eine elastische Bandage trägt und das Liegen in Rückenlage wieder möglich ist (Urk. 8/97/10). Des Weiteren ist mittlerweile auch eine stabile Situation gegeben. Der

Beschwerdeführer ist nicht mehr in Behandlung ausser zur Schmerzkontrolle und zur Medikamentenversorgung durch Dr. Z.____ (Urk. 3/8). Dies im Unterschied zur Situation im September 2015, als Dr. C.____ grund sätzlich eine Arbeitsfähigkeit in leichter Tätigkeit als zumutbar erachtete, wobei er aber

im Moment noch von einem instabilen Zustand ausging (E. 3.3).

6.

Aus psychiatrischer Sicht machte der Beschwerdeführer geltend, es habe sich bei ihm im Laufe der letzten Jahre eine Depression als Folge der langandauernden chronischen Schmerzsymptomatik und der erfolglosen Operation vom 23. April 2015 entwickelt. Die von Dr. med. A.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mittelschwere Depression habe sich mittlerweile zu einem selbständigen Krankh e i tswert entwickelt und führe zu einer

Arbeitsun fähigkeit von 50 %. Dieser Umstand sei zusätzlich zu beachten (Urk. 1 S. 6 und Urk. 3/10).

Der nach Verfügungserlass zuhanden des Beschwerdeführers erstellte Bericht von Dr. A.____ vom 4. Dezember 2018

befasst sich mit der seit dem 23. August 2018 stattfindende n psychiatrische n Behandlung des Beschwerdeführers. Aus dem Bericht geht hervor , dass psychosoziale Faktoren , insbesondere intrafami liäre Konflikte, fehlende Zukunftsperspektive, Verzögerung des IV-Entscheids und damit verbundene Unsicherheiten sowie die finanzielle Situation, klarerweise im Vordergrund stehen . Daneben hielt Dr. A.____

ausgehend von der erho benen Psychopathologie und der Diagnose eine r depressive n Verstimmung als Ausdruck einer Anpassungsstörung bei einem chronischen Schmerzsyndrom (ICD-10: F43.8) nur einen leichten Befund fest .

Dafür spricht auch, dass vorliegend von keinem grossen Leidensdruck auszugehen ist, da das Therapie verhalten des Beschwerdeführers d urch das laufende Ver s i cherungsverfahren beeinflusst erscheint (BGE 141 V 281 E. 4.2.2). Der Beschwerdeführer begann mit der psychiatrische n Behandlung erst nach dem negativen Vorbescheid und im Vorbescheidverfahren

reichte er noch kein en Arztbericht zu den Akten , obwohl er angab, an einer Depression zu leiden (Urk. 8/114/3) . Zudem erscheint auch die Therapiefrequenz mit fünf Terminen während dreieinhalb Monaten als nicht hoch (E. 4.4) .

Hinsic htlich der Psychopathologie ist anzumerken, dass aufgrund der von Dr. A.____ typisch genannten Symptome n für eine Depression zusammen mit den zwei weiter genannten F32 - Symptomen (pessimistische Zukunftsperspektive sowie Schlafstörung) insgesamt entweder von einer leichten depressiven Episode oder dann von einer Anpassungsstörung auszugehen ist (vgl. Horst Dilling /Werner Mombour /Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, F32 S. 1691170 und S. 172) und nicht , wie im Bericht vermerkt, von einem mittelschweren depres siven Zustand , womit der Befund zweifellos als leicht anzusehen ist . Nach dem Gesagten liegt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vor.

7 .

Zusammenfassend ist der RAD-Untersuchungsbericht voll beweiskräftig und es bestehen daran keine Zweifel. Spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung besteht somit in einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil eine volle Arbeitsfähigkeit, wodurch sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert hat. Die Aufhebung der Invalidenrente per 1. Januar 2019 ist gerechtfertigt und die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist damit abzuweisen. 8.

Die von der IV-Stelle für die Invaliditätsbemessung verwendeten Bemessungsfaktoren werden weder in tatsächlicher noch in rechtlicher Hinsicht beanstandet. Es besteht angesichts der vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auch kein Anlass für eine nähere Prüfung von Amtes wegen. 9. 9.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 900.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge der bewilligten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). 9.2

Mit Honorarnote vom 28. Juli 2020 (Urk. 17) machte der unentgeltliche Rechtsvertreter einen Aufwand von Total Fr. 3'358.40 (Fr. 3'025.-- Arbeitsaufwand für

E. 13

Stunden und 45 Minuten plus Fr. 93.30 Barauslagen zzgl. MwSt.) geltend, was der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 GSVGer) gerade noch als angemessen erscheint, weshalb er in diesem Umfang aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Der Beschwerdeführer ist zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet, sobald er dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 GSVGer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Kurt Pfau, Winterthur, wird mit Fr. 3'358.40 (inkl. Barauslagen und MwSt.) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kurt Pfau -
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 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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Hurst
Wantz

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