

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00239 vom 3. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00239

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00239 du 3 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00239 del 3 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

8. Januar 2016 (Urk. 12/127 = Urk. 2) verfügte sie erneut die Einstellung der Invalidenrente .

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung 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). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 15. Februar 2016 Beschwerde (Urk. 1/1-2) gegen die Verfügung vom 18. Januar 2016 (Urk. 2). Am 1. März 2016 reichte er eine Ergänzung zur Eingabe vom 15. Februar 2016 ein und beantragte die Zusprache einer ganzen Rente (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte im angefochtenen Entscheid darauf ab, nach den medizinischen Abklärungen

sei der Beschwerdeführer in einer angepassten, leichten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 2 S. 2). Die Beschwerdegegnerin

ermittelte gestützt darauf einen Invaliditätsgrad von neu 1 %

und verneinte einen Rentenanspruch (S. 2 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte vor, die Einstellung der Rente sei aus medizinischer Sicht nicht gerechtfertigt. Er sei zu 100 % arbeitsunfähig (Urk.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers massgeblich verändert hat und ob die Beschwerdegegnerin die Rente zu Recht eingestellt hat. 3. 3.1

Dr. med. Z.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, nannte in einem Bericht vom 20. Januar 2003 (Urk. 12/9) als Diagnosen ein chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom S1 links bei Protrusionen L4/5 und L5/S1, einen Status nach einer Diskushernienoperation L4/5 rechts vor 14 Jahren sowie eine schwere depressive Entwicklung (lit. A). Dr. Z.____ attestierte dem Beschwerdeführer für eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 4). Sie gab an, der klein gewachsene, noch sehr junge Patient könne auf keinen Fall körperlich belastende Arbeiten ausüben (S. 2 lit. D.7). 3.2

Der Beschwerdeführer war vom 7. bis 28. November 2002 in der A.____ hospitalisiert (Urk. 12/11/7). Die Ärzte der A.____ stellten in einem Arztzeugnis vom 14. April 2003 (Urk. 12/11/5-6) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

(lit. A): chronisches lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit/bei - Verdacht auf somatoformes Schmerzsyndrom mit Generalisierungstendenz - Protrusion L4/5 und L5/S1 ohne Neurokompression - thorakovertebrale und cervikocephale Schmerzsymptomatik mit Ausstrahlung in die Brust und beide Schultern - Status nach Diskushernien-Operation L4/5 1987

Die Ärzte der A.____ attestierten dem Beschwerdeführer für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiter in der Wäscherei eines Fussballclubs seit dem 17. Februar 2002 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (lit. B). 3.3

Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in einem Bericht vom 29. November 2003 (Urk. 12/20) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 lit. A): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Anpassungsstörung mit Tendenz zu andauernder Persönlichkeitsänderung - chronisches lumbalbetontes Panvertebralsyndrom - Status nach Diskushernien-Operation L4/5 1987

Dr. B.____ führte zur Krankengeschichte aus, der Beschwerdeführer sei 1989 in der Türkei als C.____ von der türkischen Polizei verhaftet und während der Einvernahme einige Tage gefoltert worden. 1991 sei er erneut in Gewahrsam genommen und während zirka zwei Wochen Folterungen unterzogen worden. Ende September 2000 bis April 2001 sei er wegen einer depressiven Symptomatik bei Dr. B.____ in Behandlung gewesen. Daraufhin

habe er im Mai 2001 in der Wäscherei eines Fussballclubs eine Stelle annehmen können .
Ab Juli 2002 sei er wegen zunehmender Rückenschmerzen wieder arbeits unfähig ge
worden (S. 5 lit . D.3).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit habe vom 2 2. Mai bis 3 1. August 2003 eine
Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Seit dem 1. September 2003 bestehe eine
Arbeitsunfähigke it von 80 % (S. 1 lit . B). Eine Wiederaufnahme der Arbeit am bisherigen
Arbeitsplatz mit einem Pensum von 10-20 % habe den Patienten überfordert. Die Stelle sei
ihm per 3 1. Dezember 2003 gekün digt worden. In seiner bisherigen Tätigkeit sei er immer
noch zu 100 % ar beitsunfähig. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei zu prüfen. Zu Be
ginn sei in einer solchen Tätigkeit ein Pensum von 50 % möglich. Mittel- bis längerfristig
bleibe zu hoffen, dass eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % erhal ten werden könne (S. 6 lit .
D.7 a-b). 3.4

Dr. med. D.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Regional ärztlicher Dienst der
Beschwerdegegnerin (RAD), führte in einer Stellung nahme vom 9. Januar 2004 (Urk.
12/23 S. 4 oben) aus, entscheidend für die Arbeitsunfähigkeit sei auch laut den Ärzten der
A.____ die psy chische Dimension. Die von Dr. B.____ beurteilte Arbeitsfähigkeit in einer
behinderungsangepassten Tätigkeit von 50 % könne übernommen werden. 3.5

Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer daraufhin mit Verfü gung vom 2 5.
Juni 2004

ab dem 1. Juli 2003 bei einem Invaliditätsgrad von 52 %
eine halbe Rente z u (Urk. 12/36). 4. 4.1

Die in der Folge getätigten medizinischen Abklärungen ergeben folgendes Bild :

Dr. Z.____

führte in einem Verlaufsbericht vom 1 4. Februar
2007 (Urk. 12 /50)

aus, an und für sich bestünden stationäre Verhältnisse mit schub weiser Exazerbation der
Lumboischialgien mit Wurzelbeteiligung L5 und S1 links. Nebenbei bestünden eine
Ausdehnung der demuskulären Ver spannungen mit schmerzhaft eingeschränkter
Beweglichkeit der Halswirbel säule sowie spon dy logene Ausstrahlungen in beide Arme
verbunden mit Dysästhesien (S.

1 Ziff. 3).

Die Arbeitsunfähigkeit habe sich gegenüber den Voruntersuchungen nicht verändert. Die
theoretisch zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50 % könne we gen einer enormen
Selbstlimitierung des Beschwerdeführers in der Praxis nicht umgesetzt werden. Er sei nach
wie vor überzeugt, nicht mehr arbeiten zu können. Er sei auf seine Rückenbeschwerden
fixiert und versuche sich , gegen über jeglichen Belastungen zu schonen. Der
Invaliditätsgrad habe sich nicht verändert (S. 3). 4.2

V om 2 3. Juli 2008 bis 2 6. Februar 2009 war der Beschwerdeführer in der Psychiatrischen
Poliklinik, E.____ i n ambulanter Behandlung (Urk. 12/85/1).

F.____ , Assistenzpsychologin, und Dr. med. G.____ , Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie, Leiter Ambulatorium für Folt er- und Kriegs opfer, Psychiatrische

Poliklinik, E.____, führten im Bericht vom 22. August 2008 (Urk. 12/85/4-6) aus, eine von 2003-2006 erfolgte psychiatrische Behandlung sei ohne den gewünschten Erfolg verlaufen. Der Patient sei 1987 in der Türkei inhaftiert und schwer gefoltert worden. Dabei sei die Wirbelsäule geschädigt worden. Nach seiner Entlassung aus dem Gefängnis sei eine Rückenoperation durchgeführt worden. Er sei dann ein zweites Mal inhaftiert und gezielt am Rücken gefoltert worden. Während der Behandlung durch Dr. B.____ hätten sie wohl über seine Erlebnisse gesprochen. Die posttraumatische Belastungsstörung sei aber nicht gezielt behandelt worden (S. 3 oben).

Der Patient nehme seine Medikamente je nach Bedarf (S. 2). Er scheine durch die Foltererlebnisse während seiner Gefängnisaufenthalte in der Türkei sehr belastet zu sein. Er leide unter ausgeprägten Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie unter einer ausgeprägten depressiven Symptomatik. Grosse Schwierigkeiten bereiteten ihm zudem die Schmerzen, die ihn im Alltag sehr behinderten.

F.____ und Dr. G.____ nannten als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung und eine mittelgradige depressive Episode (S. 1). 4.3

F.____ und Dr. G.____ führten im Abschlussbericht vom 2. März

2009 (Urk. 12/85/1-3) aus, trotz Schmerztherapie seien die klassischen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wie Vermeidungsverhalten, Übererregung und Wiedererleben weiterhin in ähnlichem Masse vorhanden wie beim

Erstgespräch. F.____ und Dr. G.____ bestätigten im Bericht die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Abweichend zum Vorbericht vom 22. August 2008 diagnostizierten sie hingegen neu eine leichte depressive Episode. Zudem liege eine chronische Schmerzstörung assoziiert mit psychologischen Faktoren und mit allgemeinmedizinischem Korrelat vor (S. 1). 4.4

Der Beschwerdeführer ist seit dem 18. Februar 2013 bei Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Urk. 12/80 Ziff. 2).

Dr. H.____ nannte im Bericht vom 17. März 2014 (Urk. 12/80 = Urk. 6/2) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere posttraumatische Belastungsstörung, eine andauernde Persönlichkeitsänderung in Folge der posttraumatischen Belastungsstörung, chronische Schmerzen im Nacken, Rücken und in den Beinen beidseits sowie einen Tinnitus beidseits (Ziff. 1). Der Psychiater attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 7). Dieser sei nicht belastbar. Als weitere Einschränkungen bestünden eine stark verminderte Konzentration und eine Kraftlosigkeit (Ziff.

8). Es habe bereits eine hochqualifizierte Traumatherapie im E.____ stattgefunden, die nur kurzzeitig eine leichte Verbesserung gebracht habe, ohne dass sich die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung nennenswert reduziert hätten (Ziff. 9). 4.5

Der Beschwerdeführer war vom 14. bis 18. März 2014 im I.____ hospitalisiert (Urk. 12/100/1).

Dr. med. J.____ und Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Oberarzt, I.____, führten im Austrittsbericht vom 19. März 2014 (Urk. 12/100/1-3) aus, der Patient habe sich selbst vorgestellt mit einer

Schmerzexazerbation bei einem bekannten chronischen

lumbovertebralen Schmerzsyndrom. Im MRI habe sich eine breitbasige medio rechts lateral -betonte, kleinvolumige Diskushernie gezeigt. Eine Infiltration sei vom Patienten abgelehnt worden (S. 1 unten).

Dr. J.____ und Dr. K.____ stellten folgende Diagnosen (S. 1): 1. chronisches, lumbovertebrales Schmerzsyndrom - aktuell Schmerzexazerbation mit lumboradikulären Schmerzen L5 rechts - MRI Lendenwirbelsäule vom 17. März

2014: breitbasige, rechts lateral betonte Diskushernie, narbige Alteration Recessus

lateralis, Kompression Wurzel L5 rechts - Status nach Diskushernien-Operation L4/5 rechts 1987

Die Ärzte des I.____ machten keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. 4.6

Dr. Z.____

führte im Bericht vom 9. Mai 2014 (Urk. 12/88/1-4) zum Befund aus, es bestünden zunehmende radikuläre Reizsymptome L5 rechts bei einer Rezidivhernie L4/5 mit Neuroforamenstenose rechts, die zum Teil durch die Diskushernie, zum Teil durch narbige Veränderungen verursacht würden. Nebenbei bestünden Cervicalgien und Cervicobrachialgien mit intermittierenden Kribbelparästhesien im linken Arm. Weiter bestünden eine skoliothische Fehlhaltung der Wirbelsäule mit einer Gehstreckhaltung der Lendenwirbelsäule und eine ausgedehnte muskuläre Verspannung lumbal beidseits. Die Valleix'schen Punkte seien beidseits positiv. Der Lasègue sei rechts bei 40 Grad positiv und links terminal angedeutet. Weiter finde sich eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule in alle Richtungen um einen Drittel. Das neu angefertigte MRI zeige eine breitbasige

Rezidivdiskushernie L4/5 mit Kompression der Wurzel L5 rechts (Ziff. 1.4).

Aufgrund einer Verschlechterung der Rückenschmerzen mit neu aufgetretener Diskushernie L4/5 und einer Wurzelkompression L5 rechts sowie der psychischen Situation mit einer kaum beeinflussbaren Depression könne dem Patienten zurzeit keine Arbeit zugemutet werden (Ziff. 1.7). 4.

E. 5

S. 1) . Der Gutachter des psychiatrischen Teilgutachtens habe sich nur wenige Minuten mit ihm unterhalten und hauptsächlich in den Akten gelesen (Urk. 1/2 S. 1).

E. 5.1

Der rheumatologische Gutachter Dr. L.____ nannte als Diagnosen chronifizierte, zerviko-thorako-sakro-coccygeale Schmerzen, eine Panalgie und eine ausgeprägte Aggravationstendenz. Von somatischer Seite wurde eine kleine Diskushernie L4/5 und narbige Veränderungen daselbst festgestellt (E. 4.7.3 hiervor). Der psychiatrische Gutachter Dr. M.____ diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine leichtgradige depressive Episode. Zudem führte er als Diagnose auf, dass der Beschwerdeführer 1989/1991 Opfer von politischer Verfolgung und Folter geworden sei. Gemäss Dr. M.____ wirken sich die Diagnosen nicht anhaltend auf die Arbeitsfähigkeit aus (E. 4.8.2).

Der behandelnde Psychiater Dr. H.____ diagnostizierte zudem eine schwere posttraumatische Belastungsstörung und eine andauernde Persönlichkeitsänderung infolge der posttraumatischen Belastungsstörung (E. 4.4). Die Gutachter kamen zum Ergebnis, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht verbessert hat und ihm eine behinderungsangepasste Tätigkeit seit 2012 zu 100 % zugemutet werden kann (E.

4.8.4).

Gemäss

Dr. Z.____ und Dr. H.____

besteht dagegen eine volle Arbeitsunfähigkeit (E. 4.4 und 4.6).

Zunächst ist zu prüfen, ob auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. L.____ und Dr. M.____ vom 27. November 2014 abgestellt werden kann.

E. 5.2

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. 5.3

Der Vorwurf im Schreiben von Dr. H.____ vom 13. Februar 2015, wonach die psychiatrische Begutachtung durch Dr. M.____ lediglich 45 Minuten statt der im Gutachten genannten

1.25 Stunden

gedauert hätte (E. 4.10), lässt sich nicht belegen. Dr. H.____ war bei der psychiatrischen Begutachtung nicht anwesend und konnte lediglich die Schilderung seines Patienten wiedergeben. Dass der Beschwerdeführer Fragen des Gutachters während insgesamt lediglich fünf Minuten beantwortet haben könnte

(E. 4.10), erscheint wenig plausibel, da gestützt auf eine Befragung von fünf Minuten

kein Gutachten erstellt werden könnte. Zudem kommt es für den Aussagegehalt einer ärztlichen Stellungnahme rechtsprechungsgemäss nicht auf die Dauer der Untersuchung an. Massgebend ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.2).

Zwar fehlen im psychiatrischen Teilgutachten Angaben zu den Tätigkeiten des Beschwerdeführers in der P.____ und in der O.____. Hingegen finden sich im Teilgutachten von Dr. L.____ Angaben über eine Tätigkeit an einem geschützten Arbeitsplatz (Urk. 12/99 S. 7 Ziff. 2.4). Der Vorwurf, wonach die Anamnese fehlerhaft erstellt worden wäre, lässt sich daher nicht aufrechterhalten.

Im bidisziplinären Gutachten werden sodann die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers dargelegt. Weiter beruht es auf den notwendigen Untersuchungen und berücksichtigen die geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Das Gutachten

vermag sodann in der Beurteilung der medizinischen Situation und in den Schlussfolgerungen zu überzeugen. Es erfüllt daher die Anforderungen an den Beweiswert von medizinischen Gutachten.

E. 5.4

Dr. M.____

legte im psychiatrischen Teilgutachten eingehend dar, weshalb die von Dr. H.____ diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung als remittiert zu erachten ist. Als Begründung führte er unter anderem an, dass der Beschwerdeführer ohne psychische Probleme eine Reise in die Türkei unternehmen konnte. Bei einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung und einer andauernden Persönlichkeitsänderung, wie von Dr. H.____

diagnostiziert, wäre dagegen zu erwarten, dass der Beschwerdeführer die lange Reise in die Türkei nicht hätte antreten können. Auch

Dr. H.____ räumte

im Schreiben vom 13. Februar 2015 ein, dass der Beschwerdeführer die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung zumindest teilweise kompensieren konnte (E. 4.10). Dr. M.____ konnte auch die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nicht bestätigen. Gestützt auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. M.____ ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und an einer leichtgradigen depressiven Episode leidet.

Praxisgemäss ist eine leichte depressive Episode nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C_506/2014, E. 4.2). 6. 6.1

Der Nachweis der Invalidität im Rechtssinn setzt eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte sowie objektivierbare Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit voraus (BGE 139 V 547 E. 9.4). Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität vermögen die subjektiven Angaben der versicherten Person eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne Weiteres nachzuweisen (BGE 140 V 290 E.

3.3.1 mit Hinweisen). Eine Anspruchsberechtigung setzt daher stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus (BGE 140 V 290 E. 3.3.2).

Nach neuer Gerichtspraxis ist bei somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) die Anerkennung einer rentenbegründenden Invalidität nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_28/2016 vom 25. April 2016 E. 3.2). Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektiver Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt (BGE 141 V 574 E. 2). Wo dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, trägt die materiell beweisbelastete versicherte

Person die Folgen (BGE 141 V 574 E. 2; vgl. BGE 141 V 585 E. 5.3, BGE 141 V 281 E. 3.7.2, BGE 139 V 547 E. 8.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichtes 8C_1/2016 vom 22. Februar 2016 E. 2.2 unter Hinweis auf BGE 140 V 290 E. 4.1). 6.2

Regelmässig liegt keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapien in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). 6.3

Der rheumatologische Gutachter Dr. L. ___ wies auf eine massgebliche Diskrepanz zwischen dem subjektiven Leiden des Beschwerdeführers und den objektiven rheumatologischen Befunden hin und gab an, dass der Beschwerdeführer bei der Untersuchung ein extrem schmerzdemonstratives Verhalten gezeigt habe (E. 4.7.4). Dr. L. ___ wies zudem darauf hin, dass der Beschwerdeführer während der Untersuchung problemlos längere Zeit habe sitzen können und dass er einen Teil seiner Kleider problemlos ausziehen konnte (E.

4.7.2 hiervor).

Gemäss Dr. L. ___ lassen sich namentlich die aktive Bewegungseinschränkung der Schultergelenke und auch die geklagten Knieschmerzen aus organischer Sicht nicht erklären (E.

4.7.4). Es ist daher von Aggravation beziehungsweise davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand in psychiatischer Hinsicht seit der letzten materiellen Beurteilung verbessert hat. Dem Beschwerdeführer kann daher aus psychiatrischer Sicht in einer behinderungs angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % zugemutet werden.

7.7.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Validen einkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 7

.4

Dr. L.____ führte in seiner Beurteilung aus, gemäss Aktenlage seien beim Beschwerdeführer zeitgleich psychische und körperliche Beschwerden aufgetreten. Eine lumbale Diskushernie-Operation von 1987 habe für einige wenige Jahre zur Beschwerdefreiheit geführt. Anschliessend sei es 1992 zu einem Rezidiv der Rückenschmerzen und 2002 zu einer Exazerbation gekommen. Die Beschwerden seien in der Folge therapieresistent geblieben, so dass der Beschwerdeführer seine Arbeit nicht mehr aufnehmen könne. Gleichzeitig sei es zu einer Schmerzausweitung in die Hals- und Brustwirbelsäule, die Brust und die Schultern gekommen. 2003 und 2007 sei ein radioläres Reizsyndrom S1 und L5 links beschrieben worden, wobei keine gesicherten radikulären Ausfälle erkannt worden seien. 2014 sei ein radioläres Reizsyndrom L5 rechts bei einer Diskushernie L4/5 festgestellt worden. Während dieser Jahre scheine eine wechselseitige Beeinflussung und Verstärkung von psychischer und körperlicher Problematik bestanden zu haben (S. 16 oben).

Die aktuelle Befragung des Beschwerdeführers habe keine wesentlich neuen Gesichtspunkte ergeben. Er berichte über eine Panalgie mit Betonung der Kreuzgegend, wobei er die Rücken- und Beinschmerzen seit 23-24 Jahren empfinde. Er habe keine schmerzfreie Stelle an seinem Körper nennen können. Klinisch seien das extrem leidende und schmerzdemonstrative Verhalten des Beschwerdeführers respektive eine Diskrepanz zwischen dem subjektiven Leiden und den objektiven Befunden im Vordergrund gestanden. Für die deutliche aktive Bewegungseinschränkung der Schultergelenke habe sich keine organische Erklärung gefunden. Auch die Schmerzen im rechten Ellenbogen liessen sich somatisch nicht begründen. Die massiven Handgelenkschmerzen würden sich somatisch kaum erklären lassen. Das rechtsbetonte Ganglion reiche als Grund kaum aus. Auch im Bereich der unteren Extremitäten fänden sich keine relevanten Befunde. Die Knieschmerzen liessen sich mit der unauffälligen Klinik kaum erklären (S. 16 Mitte).

Am Untersuchungstag sei die Halswirbelsäule klinisch unauffällig gewesen. Radiologisch seien altersübliche degenerative Veränderungen festgestellt worden. Die Brustwirbelsäule sei bis auf eine leichte akzentuierte Kyphose klinisch unauffällig gewesen (S. 16 unten).

Sofern die letzte Erwerbstätigkeit in einer Wäscherei bis Anfang 2002 mit einer grösseren Rückenbelastung verbunden gewesen sei, sei diese dem Beschwerdeführer mutmasslich nicht mehr zumutbar. Allerdings müsse beachtet werden, dass er diese Stelle nicht sehr lange inne gehabt habe und ihm die Arbeit angesichts seiner Lebensbiographie kaum sehr entsprochen habe. Sofern man ausschliesslich auf die objektivierbare, somatische Pathologie abstelle, sei ihm seit dem Klinikaufenthalt in A.____ eine körperlich leichte, wechselnd belastende Arbeit ganztags zumutbar (S.

17 Ziff. 2-3). Die Arbeitsunfähigkeit für eine Tätigkeit mit grösserer Rückenbelastung bestehe seit 2002. Für eine angepasste Tätigkeit sei er auf somatischer Sicht nie arbeitsunfähig gewesen (S. 17 Ziff. 4).

In den früheren Berichten der behandelnden Ärztin sei ein radikuläres Reizsyndrom S1 und/oder L5 links beschrieben worden, allerdings ohne Begründung. Im Austrittsbericht der I.____ sei ein radikuläres

Schmerzsyndrom L5 rechts erwähnt worden. Diese Diagnose sei von der behandelnden Ärztin übernommen worden. Sie werde aber nicht durch klinische Befunde untermauert. Die Herleitung einer radikulären Symptomatologie nur aus einem MRI ohne Klinik sei

angesichts der Vielzahl von falsch positiven oder falsch negativen MRI-Befunden nicht statthaft. Zudem dürften die beschriebenen narbigen Veränderungen älteren Datums sein, da die Operation 1987 erfolgt sei. Zumindest am Untersuchungstag hätten sich keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatologie gefunden (S. 17 f. Ziff. 7). 4.

E. 7.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/ aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxis gemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/ bb, 124 V 321 E. 3b/ aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf der Grundlage der LSE kann – ausnahmsweise – der Lohn eines einzelnen Sektors („Produktion“ oder „Dienstleistungen“) oder gar einer bestimmten Branche herangezogen werden, wenn es als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen, namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit im betreffenden Bereich tätig gewesen waren und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt (SVR 2008 IV Nr. 20 S. 63, 9C_237/2007 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_667/2013 vom 29. April 2014 E. 5.3).

Es besteht kein Grundsatz, wonach stets auf die Tabelle TA1 abzustellen ist. So kann es sich nach den konkreten Umständen des Einzelfalls rechtfertigen, anstatt auf die Tabelle TA1 auf die Tabelle TA7 („Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Tätigkeit, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht - Privater Sektor und öffentlicher Sektor [Bund] zusammen“) abzustellen, wenn dies eine genauere Festsetzung des Invalideneinkommens erlaubt und dem Versicherten der entsprechende Sektor offen steht und zumutbar ist (SVR 2008 IV Nr. 20 S. 63, 9C_237/2007 E. 5.1). Ferner kann bei qualifizierten Berufsleuten mit Fach- und Hochschulabschluss das Heranziehen der Tabelle TA11 („Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert und Quartilbereich] nach Ausbildung, beruflicher Stellung und Geschlecht - Privater Sektor und öffentlicher Sektor [Bund] zusammen“) angezeigt erscheinen (SVR 2011 IV Nr. 55 S. 163, 8C_671/2010 vom 25. Februar 2011 E. 6.4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_841/2013 vom 7. März 2014 E. 4.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_660/2014 vom 5. November 2014 E. 4).

E. 7.3

Der Beschwerdeführer arbeitete in der Vergangenheit auf dem ersten Arbeitsmarkt als Mitarbeiter in einer Wäscherei (Urk12/8).

Gemäss den Daten der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2012 (LSE 20

E. 7.4

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin die Rente bei einem Invaliditätsgrad von neu 1 % zu Recht eingestellt hat. Die angefochtene Verfügung vom 18. Januar 2016 erweist sich nach dem Gesagten als rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind die Kosten jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

E. 8

.2

Dr. M.____ stellte keine Diagnosen mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne anhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine leichtgradige depressive Episode. Der Gutachter führte zudem als Diagnose

auf, dass der Beschwerdeführer 1989/1991 Opfer von politischer Verfolgung und Folter geworden sei (S. 7 Ziff. 4).

Es erstaunt nicht, dass die Foltererlebnisse die Ursache für eine posttraumatische Belastungsstörung gewesen seien. Der Beschwerdeführer sollte insbesondere während der

langen Flucht von der Türkei in die Schweiz an Flashbacks gelitten haben. Er sei zudem misstrauisch gewesen, zumal er habe befürchten müssen, dass er erneut verhaftet werde. In der Schweiz habe er sich von seinen Ängsten lösen können (S. 8 oben). Gemäss den Schilderungen des Beschwerdeführers sei es ihm gelungen, die Foltererlebnisse dank dem zufriedenstellenden Aufenthalt in der Schweiz zu verarbeiten beziehungsweise zu vergessen. Er habe denn auch vorerst nicht in ambulanter psychiatrischer Behandlung gestanden. Er sei aber doch deprimiert gewesen, als er bei der Arbeit Probleme bekommen habe und schlussendlich nicht mehr arbeiten könne (S. 8 unten). 4.8.3

Zusammenfassend könne die posttraumatische Belastungsstörung seit zirka 1998 als zum grossen Teil remittiert angesehen werden. Auch eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung sei nicht nachweisbar. Der Beschwerdeführer sei schon vor einigen Jahren wieder fähig gewesen, die lange Reise in die Türkei zu unternehmen und seine Verwandtschaft zu besuchen. Dabei sei es ihm psychisch gut gegangen. Mit einer schweren Persönlichkeitsstörung hätte er die Reise nicht unternehmen können, da er dabei mit den früheren Erlebnissen konfrontiert worden wäre. Zudem könne darauf hingewiesen werden, dass er nach der Einreise in die Schweiz eine Familie habe gründen können und Vater von drei Kindern geworden sei. Im Weiteren habe er eine regelmässige Tagesgestaltung. Er fahre Auto und mache ausgedehnte Spaziergänge, wo er keine Ängste empfinde. Die aktive Lebensgestaltung korreliere auch mit den heutigen Befunden (S. 9 f.).

Als ungünstige krankheitsfremde Faktoren bestünden die lange Phase der Arbeitsunfähigkeit und die fehlende Motivation zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit. Es gelte abzuklären, ob die anhaltende somatoforme

Schmerzstörung beim Beschwerdeführer eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verursache (S.

E. 10

unten). Eine schwere psychische Komorbidität bestehe nicht. Die depressive Episode sei auf eine leichtgradige Episode abgesunken. Die posttraumatische Belastungsstörung sei seit vielen Jahren remittiert. Eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung sei nicht feststellbar.

Hinsichtlich einer chronischen körperlichen Begleiterkrankung habe

Dr. L.____

mässiggradige Befunde festgestellt. Die soziale Integration sei erhalten geblieben. Eine prämorbid Persönlichkeitsstruktur sei leicht auffällig. Die Schmerzproblematik sei progredient und chronifiziert. Damit würden zwar mehrere der verlangten Kriterien zutreffen, dies jedoch nicht in einem Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer/psychosomatischer Sicht eingeschränkt sei (S. 11).

Dr. M.____ antwortete auf die Fragen der Beschwerdegegerin, es sei insofern eine Verbesserung eingetreten, als die depressive Episode nur noch leichtgradig sei. Allerdings habe sich die anhaltende somatoforme

Schmerzstörung eher verstärkt. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne er nicht bestätigen. Die entsprechende Symptomatik sei nicht nachweisbar (S. 12

Ziff. 1).

Die von Dr. H.____ diagnostizierte angebliche schwere posttraumatische Belastungsstörung könne er nicht nachvollziehen. Es fehlten die Symptome und der typische Verlauf der Geschichte, welche das ICD-10 voraussetze. Dass Dr. H.____ keine depressive Episode diagnostiziert habe, bestätige, dass keine wesentliche Psychopathologie mehr vorliege (S. 13 Ziff. 2 A). Ein Teil der beschriebenen ungünstigen krankheitsfremden Faktoren sei dafür verantwortlich, dass der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig sei (S. 13 Ziff. 2 B). 4. 8 .4

Dr. L.____ und Dr. M.____ stellten zusammenfassend interdisziplinär fest, dass es aus psychiatrischer Sicht zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gekommen sei. So sei zumindest seit 2012 keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorhanden. Der Beschwerdeführer sei in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit seit 2012 voll arbeitsfähig (Urk. 12/100/6-7). 4. 9

PD Dr. med. N.____ , Facharzt für Neurologie, RAD, führte in einer Stellungnahme vom 2 . Dezember 2014 (Urk. 12/111 S. 5) aus, die Gutachter Dr. M.____ und Dr. L.____ gingen von einer Verbesserung des psychischen und einem unveränderten somatischen Gesundheitszustand aus. Demnach bestehe in einer angepassten , körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit spätestens ab 2012 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % . Die davor bestehende Einschränkung sei psychisch begründet. Das interdisziplinäre Gutachten gehe auf die Aktenlage ein und erhebe umfassend selbständige Befunde. Die Beschwerdegegnerin könne auf das Gutachten abstellen.

4.10

Dr. H.____ führte im Einwand vom 13. Februar

2015 (Urk. 12/110 = Urk. 6/1) gegen den Vorbescheid der Beschwerdegegnerin vom 4. Dezember

2014 (Urk. 12/102) aus, der Beschwerdeführer habe nach der psychiatrischen Begutachtung Folgendes erzählt: Dr. M.____ habe zu Beginn den Beschwerdeführer und seine Ehefrau zum Gespräch gebeten. Von Beginn an habe der Gutachter nur die Ehefrau befragt. Diese habe den Gutachter dann darauf aufmerksam gemacht, dass er doch bitte den Patienten selber fragen solle und habe die Runde verlassen. Daraufhin habe Dr. M.____ dem Patienten einige Fragen zu seiner aktuellen Lebenssituation gestellt. Die Angaben des Patienten hätten nicht länger als fünf Minuten gedauert. Der Gutachter habe dann gesagt, dass er die Akten lesen wolle , was er im Beisein des Patienten getan habe . Dies habe zirka 30 Minuten gedauert. Der Beschwerdeführer schwöre, dass Dr. M.____ ihn weder gefragt habe, wie es ihm gehe, noch , was er denke. Geschweige denn habe er nach Flashbacks oder den Folterungen gefragt. Sowohl der Patient als auch die Ehefrau berichteten, dass sie maximal 45 Minuten bei Dr. M.____ gewesen seien . Dr. H.____

wolle aufzeigen, warum er annehme, dass der Beschwerdeführer bezüglich der Begutachtung die Wahrheit gesagt habe (S. 1).

Dr. M.____ habe geschrieben, soweit sich der Beschwerdeführer erinnere, habe er seit 2002 nicht mehr gearbeitet. Dieser sei aber zwischen Dezember 2009 und Mai 2012 in der P.____ tätig gewesen. Von Dezember 2012 bis Juni 2013 habe er in der O.____ in Zürich gearbeitet. Wegen zu vieler Absenzen sei ihm dort gekündigt worden. Der Beschwerdeführer werde seit zirka drei Jahren von der Pro Infirmis Zürich in administrativen Belangen unterstützt.

Dr. H.____ habe davon im Erstgespräch mit dem Beschwerdeführer erfahren . Dr. M.____ wisse

nichts davon

(S. 1 f.).

Gemäss den Angaben im psychiatrischen Teilgutachten sei es dem Beschwerdeführer gelungen, die Foltererlebnisse dank dem zufriedenstellenden Aufenthalt in der Schweiz zu verarbeiten beziehungsweise zu vergessen. Er habe sich in der Schweiz von den Ängsten lösen können. Dr. Z.____ habe den Beschwerdeführer zur Therapie ins Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer des

E.____ überwiesen. Das Ambulatorium habe Wartezeiten von über 12 Monaten. Dr. H.____ könne sich nicht vorstellen, warum eine erfahrene Hausärztin einen Patienten mit ausschliesslich reaktiver Depression an das hochspezialisierte Ambulatorium überweisen sollte , wenn, wie von Dr. M.____ behauptet, der Patient sich von den Ängsten nur mit dem Eintritt in die Schweiz habe lösen können. Zudem gehe einer dortigen Therapie eine ausführliche, oft mehrstündige Diagnostik voraus, welche oberärztlich geprüft werde (S. 2 Ziff. 2).

Gemäss Dr. M.____ sei der Beschwerdeführer beim Berichten nicht verängstigt oder sonst wie auffällig gewesen sei . Die Gefühlslage habe nicht manifest verstimmt gewirkt . Der affektive Rapport sei gut herstellbar gewesen . Ein guter affektiver Rapport bedeute aus der Fachsprache übersetzt, der Patient zeige eine Affektivität. Dies sei eine fachlich ungenügende Aussage zur Affektquantität und -qualität. Der Beschwerdeführer imponiere gerade durch seine deutlich bedrückte Stimmungslage und eine fehlende affektive Modulationsfähigkeit. Er wirke im Gesicht wie versteinert, sei jedoch höchst wachsam, eben hypervigilant . Er antworte selbstverständlich auf Fragen, jedoch nur mit spärlicher emotionaler Beteiligung und aus einer tiefen depressiven Grundstimmung heraus (S. 2 Ziff. 3).

Aus Sicht von Dr. H.____ sei es dem Beschwerdeführer anfangs gelungen, die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung teilweise zu kompensieren. Zirka seit dem Jahr 2000 habe er zunehmend ärztliche Hilfe in Anspruch genommen sowohl wegen der Schmerzen als auch wegen der Albträume und Flashbacks. Die Hausärztin habe ihn wegen fehlender Therapie erfolge 2008 an das Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer überwiesen. Dort habe man die Störung richtig diagnostiziert. Durch eine Konfrontationstherapie habe sich die Intensität der Symptomatik jedoch verstärkt. Dies könne einerseits bedeuten, dass die vorbereitende Phase der Bildung eines „sicheren Bodens“ für eine Konfrontation mit den Traumata nicht ausreichend gewesen sei oder dass aufgrund der Schwere und Häufigkeit der Traumata diese Art des therapeutischen Zugangs beim Beschwerdeführer zu mindest bis anhin nicht hilfreich gewesen sei. Er habe dies bemerkt und die Therapie aus diesem Grund abgebrochen (S. 3 Mitte).

Dr. H.____ schliesse sich der Einschätzung durch Dr. L.____ an, dass die Beschwerden eine exosomatische Ursache hätten, nämlich eine schwere posttraumatische Belastungsstörung, welche in diesem Ausprägungsgrad meist eine deutliche affektive Komponente habe . Der Beschwerdeführer berichte von Folterungen und diesbezüglichen Flashbacks und Albträumen. Er äussere Suizidgedanken, wirke depressiv verstimmt und affektverarmt, habe Konzentrations- und Schlafstörungen, sei leicht ermüdbar und antriebsgeminert .

Er sei übererregt, extrem reizempfindlich und schreckhaft und reagiere darauf mit Abschirmung und Rückzug. Ausgelöst würden die Flashbacks durch Brandgeruch, Geruch von Nasskälte, Wassertropfgeräusche und durch laute und herrische Stimmen. Der Beschwerdeführer wirke äusserlich 10 Jahre vor gealtert .

Er

sei zu 100 % arbeitsunfähig . Dr. H.____ gehe davon aus, dass in naher Zukunft in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ohne Leistungsanforderungen wieder eine teilweise Arbeitsfähigkeit möglich sein werde. Dies sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht für eine weitere Stabilisierung des Zustandsbildes hilfreich und sinnvoll. Der Beschwerdeführer sehe dies inzwischen auch wieder so (S. 4). 4.11

Dr. M.____ führte in einer ergänzenden Stellungnahme vom 23. April 2015 (Urk. 12/117) zuhanden der Beschwerdegegnerin aus, die Untersuchung habe von 15.45 bis 17 Uhr gedauert. Die Ehefrau des Beschwerdeführers sei zu Beginn des Gesprächs anwesend gewesen. Dr. M.____

habe dieses Vorgehen gewählt, um dem Beschwerdeführer einen erleichterten Einstieg in das Untersuchungsgespräch zu ermöglichen. Er habe die Ehefrau bald gebeten, im Wartezimmer Platz zu nehmen. Anschliessend habe er ein ausführliches Explorationsgespräch durchgeführt. Ein Thema seien die früher durchgemachten Folterungen gewesen. Der Gutachter habe dabei beobachtet, dass der Beschwerdeführer gefühlsmässig ruhig und sachlich von den Folterungen habe berichten können (S. 2).

Er habe Dr. M.____

mitgeteilt, dass er seit 2002 in der freien Wirtschaft keinen Arbeitsplatz mehr habe ausüben können (S. 2 unten). Der Beschwerdeführer wisse sodann offenbar nicht mehr genau, wann er bei Dr. B.____ in Behandlung gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe den im Gutachten genannten Zeitraum angegeben (S. 3 Ziff 1 b). Über eine Unterstützung in administrativen Angelegenheiten habe sich Dr. M.____ mit dem Beschwerdeführer nicht unterhalten. Er sehe darin kein Manko in Bezug auf das psychiatrische Explorationsgespräch (S. 3 Ziff. 1 c).

Zur Affektivität habe sich Dr. M.____ im psychiatrischen Teilgutachten unter dem Titel Befund gemäss dem AMDP-System ausführlich geäussert. Eine Suizidalität habe nicht bestanden. Der Beschwerdeführer sei auch nicht manifest verstimmt, sondern vor allem schmerzgepeinig t gewesen. Bei der Schilderung der Schmerzen habe er die Augen oft geschlossen gehabt und mit leiser Stimme gesprochen. Diese Beobachtung habe für eine Fixation auf die Schmerzen gesprochen, eventuell auch für eine Aggravation. Es habe also nicht ein affektives Leiden vorgelegen, sondern vor allem eine psychosomatische Problematik, die

als anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren sei . Dr. M.____

weise in diesem Zusammenhang darauf hin, dass auch Dr. L.____ anlässlich der somatischen Untersuchung eine Aggravation festgestellt habe (S. 4 Ziff. 3).

Posttraumatische Störungen setzten gemäss DSM-IV folgende wichtige Beschwerden voraus: wiederkehrende und eindringliche Belastungen und Erinnerungen (Flashbacks), spezifische Gefühlsprobleme in Bezug auf die Traumatisierung und eine körperliche Reaktion bei Konfrontation mit ähnlichen Erlebnissen. Weiter gehe es auch um ein

bewusstes Vermeiden von Orten, welche mit der Erinnerung in Zusammenhang stünden. Zusätzlich würden Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und übertriebene Schreckreaktionen auftreten. Wie Dr. M.____ im Gutachten dargelegt habe, seien diese Kernsymptome einer posttraumatischen Belastungsstörung beim Beschwerdeführer nicht vorhanden gewesen. Er könne vielmehr ruhig über die seinerzeitigen Geschehnisse sprechen. Er habe auch Situationen nicht vermieden, die der früheren Belastung ähnelten. So habe er sich 2011 während drei Wochen ohne psychische Probleme in der Türkei aufhalten können (S. 5 Mitte).

Dr. H.____

teile die Meinung, dass sein Patient die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung teilweise kompensieren könne. Der Beschwerdeführer habe anlässlich des Untersuchungsgesprächs vom 3. November 2014 angegeben, dass er die ärztliche Therapie vor allem wegen der Schmerzen besucht habe. Über Flashbacks habe er Dr. M.____ nicht berichtet (S. 6 Mitte).

E. 12

: 40 x 41.7 x 0.9) .

Vergleicht man das Valideneinkommen von Fr. 59'372.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 58'659.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von rund 1 %, womit kein Rentenanspruch mehr besteht.

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