

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00784 vom 30. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00784

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00784 du 30 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00784 del 30 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

9. Januar 2015 meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 10/103). Die IV-Stelle trat auf die Neuanmeldung ein und

liess den Versicherten durch ihren Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) untersuchen (Urk. 10/139-140). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/145-155) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. Juni 2016 (Urk. 10/156 = Urk. 2) einen Anspruch auf IV-Leistungen.

E. 1.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 2014).

E. 1.2

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der

früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen). 2.

E. 1.4

Mitte). Die Einzelgespräche fanden ein- bis zweimal pro Monat statt (S. 3 Ziff. 1.5).

Der Beschwerdeführer sei für eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt zu instabil. Nach einer weiteren Stabilisierung durch eine erneute ambulante oder stationäre traumaspezifische Therapie und eine weiterführende Psychotherapie seien gegebenenfalls berufliche Massnahmen zu prüfen und zu beginnen (S. 3 Ziff. 1.4). Die Psychiater attestierten für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter seit dem 1. September 2011 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 1.6). Infolge der Intrusionen und Empfindungsstörungen sei mit schweren unvorhersehbaren Einbrüchen in der Konzentration, der Anpassung und der Belastung zu rechnen (Ziff. 1.7). 4.5

4.5.1

Die Beschwerdegegnerin liess den Beschwerdeführer sodann durch ihren RAD psychiatrisch und orthopädisch untersuchen.

Med. pract . P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 15. Dezember 2015 (Urk. 10/139) zur psychiatrischen Untersuchung vom 6. November 2015 aus, der Beschwerdeführer habe seit dem Unfall Angst und Angst vor Panikanfällen. Die Angst sei allmählich stärker geworden und er habe das Vertrauen verloren. Es sei eine

allgemeine Angst in ihm, so dass er ungern von zuhause weggehe. Draussen habe er immer wieder das Gefühl, dass ihm jemand folge. Diese Angst sei immer da. Wenn sie stark werde, bekomme er Schmerzen an der ganzen rechten Körperhälfte (S. 2 Ziff. 3). Im Juli 2015 sei er auf Veranlassung seiner Psychotherapeutin zwei Wochen alleine in der Schweiz in den Bergen gewesen (S. 3 Ziff. 5).

Der Beschwerdeführer sei affektiv kaum schwingungsfähig. Es bestehe kaum eine Mimik und nur eine geringe Gestik. Anzeichen von Anspannung und Erregung bestünden nicht.

Ebenso bestehe keine vegetative Symptomatik. Klinisch auffällige Gedächtnisstörungen bestünden nicht. Der Beschwerdeführer sei über die gesamte dreistündige Untersuchungszeit aufmerksam und konzentriert gewesen (S. 4 Ziff. 5).

E. 2

Der Versicherte erhob am 5. Juli 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. Juni 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 7. September 2016 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 30. Dezember 2016 beantragte der Beschwerdeführer ergänzend, eventuell seien ergänzende psychiatrische Abklärungen vorzunehmen. Im Übrigen hielt er an den in der Beschwerde gestellten Anträgen fest (Urk. 15 S. 2 oben).

Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 16. Januar 2017 auf eine Duplik (Urk. 18). Mit Verfügung vom 3. März 2017 gewährte das Gericht dem Beschwerdeführer in Bewilligung des Gesuchs vom 5. Juli 2016 (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 5) die unentgeltliche Prozessführung und stellte ihm eine Kopie der Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 16. Januar 2017 zu (Urk. 19 Dispositiv Ziff. 1-2). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Anspruch des Beschwerdeführers auf IV-Leistungen mit der Begründung, sein Gesundheitszustand

habe sich seit der letzten Verfügung nicht wesentlich verändert. In einer leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit sei ihm ein Pensum von 100 % zumutbar (Urk. 2 S. 1).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte geltend, aufgrund seiner psychischen Beschwerden sei er auch in einer körperlich angepassten Tätigkeit in einem relevanten Ausmass eingeschränkt (Urk. 1 S. 3 Ziff. 2). Die behandelnde Psychotherapeutin betrachte die Einschätzung des RAD insgesamt als eine Fehlbeurteilung (Urk. 15 S. 6 unten). Es müsse von einer psychiatrischen Diagnose mit Krankheitswert und einer zurzeit noch nicht vorhandenen Arbeitsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt ausgegangen werden (Urk. 15 S. 7 Ziff. 3).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob neu ein Rentenanspruch besteht.

3. 3.1

Der Beschwerdeführer erlitt am 1. September 2009 auf einer Baustelle einen Arbeitsunfall (Urk. 10/25/9 Ziff. 4-6). 3.2

Dr. med. Z.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. A.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, Oberarzt, B.____, stellten in einem Bericht vom 14. Juni 2010 (Urk. 10/17/6-9) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): 1. lumbospondylogenes und möglicherweise - radikuläres Reizsyndrom L5 rechts mit/bei - o steodiskal enge r

Foramina

intervertebralia beidseits L5/S1, vor allem im Bereich des Foramenintergangens mit positionsabhängiger, möglicher foraminaler Kompression der Wurzeln L5 beidseits - Differentialdiagnose im Rahmen von Diagnose 2 - CT-PRT L5 rechts am 26. März 2010 - Status nach Infiltration der glutealen

Triggerpunkte am Beckenkamm mit Diprophos, Carbostesin und Lidocain am 6. Mai 2010
2. Weichteilkontusion lateraler rechter Ober- und Unterschenkel bei Status nach Arbeitsunfall auf einer Baustelle mit Sturz aus 6 Metern Höhe und Verschüttung am 1. September 2009 - geringes Knochenmarksoedem im posterioren Abschnitt des Femurkopfes, Differentialdiagnose: kleine osteochondrale Läsion/Residuum nach Knochenmarködemsyndrom (MRI Oberschenkel rechts vom 15. März 2010) - Status nach Ausschluss ossärer Läsionen im Bereich der Lendenwirbelsäule, des Beckens, der rechten Hüfte und des rechten Handgelenks sowie im Bereich des rechten Unterschenkels und des oberen Sprunggelenkes am 1. September 2009 - Status nach sonographischem Ausschluss einer abdominalen Organverletzung am 1. September 2009

Die Ärzte des B.____ führten zur Anamnese aus, der Patient sei am 1. September 2009 als Bauarbeiter von einer Höhe von 6 Metern gestürzt und teilweise verschüttet worden. Danach sei eine extrem druckschmerzhafte Schwellung im Bereich des lateralen rechten Ober- und Unterschenkels nachweisbar gewesen. Im Rahmen einer notfallmässigen Abklärung im Stadtspital Waid seien konventionell-radiologisch sowie sonographisch ossäre Läsionen oder abdominale Organverletzungen ausgeschlossen worden. Der Beschwerdeführer beklage seit her trotz Rückgangs der Schwellung am rechten Bein Schmerzen, die vom lateralen rechten Unter- und Oberschenkel über das Gesäss in den Rücken ziehen würden. Er berichte über ein Taubheitsgefühl der Füße und zum Teil des rechten Unterschenkels sowie über eine subjektive Kraftminderung im rechten Bein. Zudem zeige sich eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule mit fast aufgehobener Flexion. Der umgekehrte Lasègue sei rechts positiv ausgefallen (S. 2 Ziff.

E. 5

Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion

E. 5.1

Der Beschwerdeführer erlitt am 1. September 2009 einen Arbeitsunfall (Sturz von einem Gerüst aus sechs Metern Höhe). Zum Zeitpunkt der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27. Juni 2012 (Urk. 10/83) war er

seit der Begutachtung im F.____ im Oktober 2010 als Bauarbeiter nur noch zu 50 % arbeitsfähig. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit war ihm zu diesem Zeitpunkt jedoch

vollumfänglich möglich (vgl. E. 3. 4 hiervor).

Nach der Neuanmeldung des Beschwerdeführers

im Januar 2015 kamen die RAD-Ärzte

med. pract . P.____ und med. pract . Q.____ in den Berichten vom 15. Dezember 2015 zum Ergebnis, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr zugemutet werden könne, dass ihm eine behinderungsangepasste Tätigkeit jedoch weiterhin vollumfänglich möglich sei (E. 4.5 hiervor).

Die behandelnden Ärzte Dr. N.____ und Dr. O.____

nannten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung, einen Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremsituation, eine sonstige bipolare affektive Störung, eine dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Nach Einschätzung von

Dr. N.____ und Dr. O.____ besteht bezogen auf den ersten Arbeitsmarkt aktuell keine verwertbare Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (E. 4.4 hiervor).

E. 5.2

). Bei der fehlenden Übereinstimmung der Laborresultate mit den vom Beschwerdeführer angegebenen Medikamenten (E. 4.5. 1)

handelt es sich ebenfalls um Inkonsistenzen. Auf die Möglichkeit einer Aggravation oder gar Simulation wird in den Berichten der behandelnden Ärzte dagegen nur ungenügend eingegangen. Auch wenn es sich bei den Berichten der RAD-Ärzte vom 15. Dezember 2015 um eine versicherungsinterne Beurteilung handelt, kann ihnen voller Beweiswert beigemessen werden.

E. 5.3

Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1 setzt voraus, dass sie mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach einem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmass auftritt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren können die Schwelle zur Entwicklung dieses Syndroms zwar senken und den Verlauf erschweren, sind aber weder notwendig noch ausreichend, um dessen Auftreten erklären zu können.

Eine weniger einschränkende Formulierung des Belastungskriteriums und damit die Berücksichtigung von Ereignissen, die weder eine aussergewöhnliche Bedrohung noch eine Katastrophe darstellen, dennoch aber im Erleben einer versicherten Person eine Traumatisierung auslösen können, mag therapeutisch Sinn machen. Dasselbe gilt für eine weniger einschränkende Formulierung der zeitlichen Latenz mit Berücksichtigung von einem erst lange nach den traumatischen Ereignissen beginnenden Krankheitsverlauf. Hingegen verlangt die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung zwangsläufig eine gewisse Objektivierung, weshalb solche Konstellationen ausser Betracht bleiben müssen (Urteile des Bundesgerichts 9C_228/2013 vom 26. Juni 2013, E. 4.1.2 und 4.1.3 und 9C_671/2012 vom 15. November 2012, E. 4.3; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 9C_682/2013 vom 25. Februar 2014, E. 3.4.2).

E. 5.4

Med. pract . P.____

nahm im

Bericht vom 15. Dezember 2015 Stellung zur abweichenden Einschätzung der behandelnden Ärzte . Er legte dar , dass gestützt auf die psychiatrische Untersuchung vom 6. November 2015

weder die Diagnosekriterien

einer bipolaren Störung noch

einer posttraumatischen Belastungsstörung

erfüllt seien und die Diagnosen nicht gestellt werden können . Auch konnte er keine klinisch auffälligen Gedächtnisstörungen feststellen , wie sie von den Therapeuten des J.____ beschrieben worden waren (E. 4.3) , nachdem der Beschwerdeführer während der gesamten dreistündigen psychiatrischen Untersuchung durch ihn aufmerksam und konzentriert war (E. 4.5.1).

In den Berichten der RAD-Ärzte vom 15. Dezember 2015 werden die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers dargelegt. Weiter beruhen sie auf den notwendigen Untersuchungen und berücksichtigen die geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Sie vermögen sodann auch in der Beurteilung der medizinischen Situation und in den Schlussfolgerungen zu überzeugen. Die Berichte vermögen insbesondere

hinsichtlich der

festgestellten Inkonsistenzen zu überzeugen, nachdem bereits

lic . phil. K.____ , J.____ , im Bericht vom 19. August 2014 nach einer neuropsychologischen Abklärung des Beschwerdeführers

eine Aggravation beschrieben hatte (E. 4.1). Gemäss med. pract . Q.____ bestätigten etwa die regelrechte Beschwellung der Füsse und eine Hornhaut der Handinnenflächen eine vom Beschwerdeführer geschilderte vollständige Schonung nicht (E. 4.

E. 5.5

Dr. N.____ und Dr. O.____ gaben im Bericht vom 8. April 2015 zwar an, dass der Beschwerdeführer bei dem Unfall vom 11. September 2009 Todesangst erlitten habe (E. 4.4). Davon, dass es sich bei dem Arbeitsunfall um eine aussergewöhnliche Bedrohung von katastrophenartigem Ausmass gehandelt hat

(vgl. E. 5.3 hiervor) , kann jedoch nach den Akten nicht gesprochen werden . In zeitlicher Hinsicht wurde zudem anlässlich der Begutachtung im F.____ über ein Jahr nach dem Unfall die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht gestellt . Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts hätte die Diagnose jedoch innerhalb einer Latenzzeit von spätestens sechs Monaten nach dem Ereignis gestellt werden müssen, was vorliegend nicht der Fall ist. Die Überlegungen der behandelnden Psychotherapeutin, wonach die von ihr angenommene posttraumatische Belastungsstörung möglicherweise zu Beginn nicht gut aufgefangen worden sei (E. 4.6) , vermögen das Gutachten des F.____

vom 12. November 2010 rückblickend nicht in Zweifel zu ziehen. Mit med. pract . P.____ kann die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung daher nicht gestellt werden.

Nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien (Herausgegeben von H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt), 9. Aufl. wird für die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung vorausgesetzt, dass der Persönlichkeitsänderung Erfahrungen wie solche in einem Konzentrationslager, Folter, Katastrophen oder andauernde lebensbedrohliche Situationen zugrunde liegen (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, S. 286).
Der Arbeitsunfall vom 11. September 2009 als einmaliger Vorfall

kann nicht mit einer derartigen Erfahrung gleichgesetzt werden. Med. pract. P. ___ legte zudem nachvollziehbar dar, dass die von den behandelnden Ärzten beschriebenen Stimmungsschwankungen die Diagnose einer bipolaren Störung nicht rechtfertigen (E. 4.5. 1 hiervor).

Die Diagnose einer bipolaren Störung wird in den Berichten der behandelnden Ärzte zudem nur unzureichend begründet. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass es einer Erfahrungstatsache entspricht, dass die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten

ihrer

Patienten

aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit Hinweisen). Auch die von Dr. N. ___ und Dr. O. ___ gestellte Diagnose dissoziativer Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen konnte med. pract. P. ___ nicht bestätigen. Gestützt auf die Berichte von med. pract. P. ___ und med. pract. Q. ___ ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsfähig ist.

Ein Grund für weitere Abklärungen des Sachverhaltes besteht nicht. Auf weitere medizinische Abklärungen ist daher zu verzichten.

E. 5.6

Gestützt auf die Berichte der RAD-Ärzte vom 15. Dezember 2015 und der von ihnen attestierten Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verglichen mit dem Zeitpunkt der Verfügung vom 27. Juni 2012 nicht verschlechtert hat. Bei der abweichenden Beurteilung der behandelnden Ärzte handelt es sich daher um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhaltes.

Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 6. Juni 2016 erweist sich demzufolge als rechtsens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

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.-- anzusetzen 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

aufgelegt, 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: - Rechtsdienst Inclusion Handicap - 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 Be- weismit tel 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 Mosimann Brugger

E. 6

chronische Achillessehnen- Insertionstendinopathie rechts 4. 4.1

Der Beschwerdeführer war vom 17. März bis 24. Juni 2014 in der Klinik I.____, Integrierte J.____, hospitalisiert (Urk. 10/122 S. 1, vgl. den Austrittsbericht vom 1. September 2014, Urk. 10/122).

Lic. phil. K.____, Neuropsychologin und Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, J.____, berichtete am 19. August 2014 (Urk. 10/137) über eine kognitive Leistungsabklärung des Beschwerdeführers im J.____. Sie

nannte als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung und einen Verdacht auf dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen. Zur neuropsychologischen Abklärung stellte sie fest, die Untersuchungsergebnisse seien überwiegend wahrscheinlich nicht valide. Es bestünden Hinweise auf Aggravation. Simulation könne nicht ausgeschlossen werden (S. 1). Die Inkonsistenz zwischen den ermittelten Ergebnissen und dem beobachteten Verhalten sei beträchtlich. Bei derart schweren angegebenen Einschränkungen müsste die Alltagsaktivitäten deutlich eingeschränkt sein und der Patient auf Unterstützung angewiesen sein. Innerhalb des Testverhaltens hätten sich aus neuropsychologischer Sicht deutliche Hinweise auf eine bewusstseinsnahe Aggravation ergeben (S. 2 f.).

Bei dem Patienten bestehe keine Hirnverletzung. Zusammenfassend fänden sich Untersuchungsergebnisse mit inkonsistenten Werten, im Bereich der IQ-Testung durchgängig auf den untersten Prozenträngen. Die Resultate würden überwiegend wahrscheinlich als nicht authentisch und somit als nicht valide gelten (S. 3). 4.2

Der Beschwerdeführer meldete sich am 19. Januar 2015 wegen einer

Ver - schlechterung seines Gesundheitszustandes erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 10/103). 4.3

Lic . phil. L.____ , Psychologin, und Dr. med. M.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt, J.____ , antworteten in einem Bericht vom 2. April 2015 (Urk. 10/118) auf Fragen der Beschwerdegegnerin

zum stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers im J.____ .

Lic . phil. L.____ und Dr. M.____

attestierten für die angestammte Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % . Zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit führten sie aus , d er Beschwerdeführer habe über einen längeren Zeitraum unterschiedliche Arbeitsaufträge ausführen können und ein adäquates Durchhaltevermögen gezeigt. Aus körperlichen Gründen und wegen seiner Schmerzen habe er jedoch regelmässig eine Unterbrechung der Arbeit oder einen Wechsel der Körperhaltung benötigt . Seine Tagesform sei sehr unterschiedlich gewesen . Die Merkfähigkeit habe sich in der Speicherung von kurzfristigen Informationen beeinträchtigt gezeigt . Der Beschwerdeführer habe daher arbeitsrelevante Inhalte vergessen und Aufgaben dementsprechend nicht immer zu einem zufriedenstellenden Ergebnis bringen können (S. 1 f.). Zum Zeitpunkt des Austrittes habe er

konditionelle Fortschritte mit weniger körperlicher Schö nung gezeigt . Ein unspezifisches Arousal

habe jedoch auch weiterhin die zur Ausübung eines zielgerichteten beruflichen Funktionierens erforderliche Selekt ionsfähigkeit der reizverarbeitenden Systeme beeinträchtigt . Es sei daher davon auszugehen, dass sich bei Zunahme von Stress auch die momentane körperliche Belastbarkeit zum Negativen verändern werde (S. 2 oben). 4.4

Der Beschwerdeführer ist seit September 2011 bei

Dr. med. N.____ , Fachärzt in für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. O.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulante r psychiatrische r Behandlung (Urk. 10/116

Ziff. 1.2). Die Ärzte nannten im Bericht vom 8. April 2015 (Urk. 10/116) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - posttraumatische Belastungsstörung - Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung - sonstige bipolare Störung: rapic

cycling bipolar disorder - spezifische (isolierte) Phobien: Klaustrophobie - dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Zur Anamnese führten sie aus , der Beschwerdeführer sei bei dem Unfall vom 11. September 2009 verschüttet worden und habe Todesangst erlitten . Später hätten sich Alpträume, eine Schreckhaftigkeit, Anspannung, Angst sowie Schmerzen und Empfindungsstörungen auf der ganzen rechten Körperseite entwickelt. Zu diesen Schmerzen komme es vermehrt nach einer plötzlich ein schiessenden „Blockiertheit“, bei der er seine rechte Körperhälfte nicht mehr richtig spüre. Dies trete auch ein, wenn er durch ein Geräusch erschreckt werde. Die Symptomatik bestehe seit dem Unfall und trete zirka 10

Mal pro Monat auf . Die zeitliche Dauer sei unterschiedlich. Er könne stundenlang „blockiert sein“ oder auch über Tage. Die Symptomatik könne auch in weit geringerem Ausmass auftreten und innerhalb weniger Minuten wieder verschwinden. Er fühle sich dauernd angespannt und nervös. Die Angst , die „Blockade“ und die Schmerzen könnten auftreten, lasse ihn zuhause bleiben und den Kontakt mit Menschen vermeiden . Die flash backs würden im Verlauf zunehmen, so dass er nicht mehr Autofahren oder die Nachrichten im Fernsehen sehen könne, ohne dass dies eine erneute „Attacke“ auslöse (S. 2 oben).

Der Aufenthalt im J.____ 2014 habe eine leichte Besserung der Symptomatik ergeben (S. 2 Mitten).

Dr. N.____ und Dr. O.____ hätten den Beschwerdeführer durch die beschriebene Symptomatik kontinuierlich als sehr stark beeinträchtigt erlebt. Seine Beschreibungen wiesen zum Teil

auf eine starke dissoziative Symptomatik hin , die seit dem Unfall bestehe. Im Bericht der Traumastation sei eine starke Zunahme der Symptomatik durch die Konfrontation mit den Traumafolgerfahrungen angegeben worden. Durch die dissoziative Symptomatik sei es zu mehrtägigen „Blockierungen“ gekommen. Der Beschwerdeführer sei kaum ansprechbar, unkonzentriert, schmerzgeplagt, depressiv und antriebslos gewesen. Die intrusionsinduzierten Stimmungsabfälle seien häufig aufgetreten und hätten ein Vertiefen der angeschnittenen Thematik verhindert (S. 3 Ziff.

E. 8

oben).

Die psychiatrische Untersuchung habe mehrere Inkonsistenzen ergeben . Laut Laborbefund werde ein Grossteil der Medikamente nicht eingenommen. Die Angabe, dass der Beschwerdeführer ungern von zuhause weggehe, kontrastiere mit der Angabe eines zweiwöchigen Urlaubes in den Bergen im Juli 2015. Seine aktuellen Angaben kontrastierten auch mit seinen Angaben im Arztbericht vom 8. April 2015, wonach er wöchentlich in eine Bibliothek mit Internetzugang gehe und er wöchentlich an einem Deutschkurs teilnehme (S. 5 Ziff. 8).

Im Bericht von Dr. N.____ und Dr. O.____ vom 8. April 2015 würden in der Anamnese „

flash backs “ angegeben. Es seien aber keine solchen geschildert worden . Vielmehr werde von einer Angst vor Blockaden und Schmerzen berichtet, nicht aber von einschliessenden Erinnerungen an den Unfall. Erschrecken bei plötzlichem Lärm sei kein flash back (S. 6 oben). Beim Bericht der Ärzte des J.____

vom 2. April 2015 bleibe unklar, ob die heftigen Schmerzen mit Lähmungserscheinungen im rechten Arm, die sich teilweise auf die ganze rechte Körperhälfte ausdehnen würden, objektiv betrachtet oder nur subjektiv geschildert worden seien. In einem unerklärlichen Gegensatz zu anderen Schilderungen sei angegeben worden, dass der Beschwerdeführer sehr hilfreich sei und auch Humor habe . In Gruppen trage er mit Teamgeist und Ideenreichtum oft zu einer harmonischen, interessanten Zusammenarbeit bei (S. 6 Mitte).

Eine kognitive Leistungsabklärung im J.____ vom 19. August 2014 habe ergeben, dass die Untersuchungsergebnisse überwiegend wahrscheinlich nicht valide gewesen seien . Es bestünden erhebliche Hinweise auf Aggravation. Simulation könne nicht sicher

ausgeschlossen werden (S. 6 unten). Med. pract . P.____ be merkte zum Austrittsbericht des J.____ vom 1. September 2014 , es sei zu erwarten, dass bei der Besprechung des Unfalles immer wieder auch vorübergehend heftige Stimmungsschwankungen auftreten würden. Dies berechtige aber nicht zur Diagnose einer bipolaren Störung . Falls eine bipolare Störung vorliegen würde, müssten derartige Symptome auch unabhängig von der Therapiesituation auftreten. Dabei seien derartige Symptome aber nicht beschrieben worden (S. 7 oben). Der Beschwerdeführer habe zwei Jahre nach dem Unfall im September 2011 eine psychiatrische Therapie begonnen. Die Therapiefrequenz bei Dr. N.____ sei sehr niedrig. Im Bericht vom 8. April 2015 würden 14 ambulante Gesprächstermine erwähnt, in einer ambulanten Therapiezeit von 3 Jahren und 4 Monaten (ohne Hospitalisation). Dies ergebe einen Durchschnitt von drei Wochen, was nicht auf einen gravierenden Leidensdruck schliessen lassen. Dazu passe der aktuelle Laborbefund, wonach der Beschwerdeführer einen Grossteil der Medikation nicht einnehme (S. 8 oben). Die Arztberichte und die Darstellungen des Beschwerdeführers zeigten unübersehbare Inkonsistenzen und Aggravationen . Darüber hinaus könne der RAD-Arzt in einer kritischen Übersicht der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht folgen. Ein Sturz von einem Gerüst sei sicherlich eine gravierende Belastung. Trotzdem fehlten die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung. Insbesondere falle auf, dass der Beschwerdeführer in der aktuellen Untersuchung ruhig und ohne Hyperreagibilität / Arousal den Unfall ausgiebig geschildert und sogar auf Eigeninitiative eine Unfallskizze angefertigt habe . Für die bisherige Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter und Maurer bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % (S. 8 Ziff. 11). 4.5.2

Med. pract . Q.____ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 15. Dezember 2015 (Urk. 10/140) zur orthopädischen Untersuchung vom 6. November 2015 aus, der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er seit sechs Jahren unter anhaltenden Schmerzen der rechten Körperhälfte leide, die vom Kopf ausgehen würden. Nach seiner Einschätzung liege die Ursache der Schmerzen im Kopf. Bei überraschenden Geräuschen, Stress oder Erschrecken verstärkten sich die Schmerzen. Diese strahlten bis in den rechten Fuss aus und fühlten sich an wie ein Stromschlag. Die linke Körperhälfte sei gar nicht betroffen. Schon ein kleiner Schreck könne zu einer Paralyse führen. Dann sei er nicht in der Lage zu gehen. Neben den Schmerzen leide er unter anfallartigen Angstattacken. Diese würden in unregelmässigen Abständen auftreten. In der letzten Woche sei dies zweimal vorgekommen (S. 1 Ziff. 1).

Wenn es ihm im Kopf gut gehe, könne er zwischen 30 bis 60 Minuten am Tag gehen. Stehen sei maximal 15 Minuten möglich. Im Liegen fühle er sich am Wohlsten. Er verbringe den meisten Teil des Tages im Liegen (S. 1 Ziff. 1 unten).

Med. pract . Q.____

gab an, dass fünf von fünf Waddell -Zeichen positiv seien (S. 8 oben). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei im MRI nachgewiesener leichter segmentaler Instabilität L5/S 1. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie einen generalisierten rechtsseitigen Körperschmerz unklarer Genese ohne Hinweise auf ein anatomisches Korrelat (S. 8 Ziff. 8). Bei der klinischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf eine Nervenwurzelirritation gefunden . Das Schmerzbild sei diffus. Unter Ablenkung hätten Druck- und Berührungsschmerzen nicht reproduziert werden können. Insgesamt zeigten sich aus somatischer Sicht erhebliche Diskrepanzen zwischen den geklagten Beschwerden und den

objektivierbaren Befunden. Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er seit zwei Jahren überwiegend liege und kaum das Haus verlasse. Seine Aktivitäten seien auf ein Minimum reduziert. Die regelrechte Anschwellung beider Füße und die vorhandene Hornhaut der Handinnenflächen sprächen jedoch gegen eine vollständige Schonung (S. 8 Ziff. 9). In der bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter bestehe seit März 2010 eine Arbeitsfähigkeit von 0 % . In einer angepassten körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit sei seit jeher eine Arbeitsfähigkeit von 100 % gegeben. Angepasst sei eine Tätigkeit ohne Hebe- und Tragebelastungen von über 20 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen und ohne häufige wirbelsäulenbelastende Arbeiten (S. 9 Ziff. 10). 4. 6

Die Psychotherapeutin R.____ nahm am 22. Juni 2016 (Urk. 16/2) zu den Berichten des RAD vom 15. Dezember 2015 Stellung. Sie

gab an, der Beschwerdeführer sei ihr von Dr. N.____ zur Traumabearbeitung überwiesen worden.

Frau R.____ nannte als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung, eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung, depressive Verstimmungen und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (S. 1). Als Symptome führte sie an: Depersonalisation, Derealisation, Dissoziation und/oder Neglect. Der Beschwerdeführer sei in seiner Existenz verunsichert. Weiter bestünden eine innere Leere, Konzentrationsschwierigkeiten und Panik mit Schütteln und Schwitzen, Angst, Schreckhaftigkeit, eine starke Körperschiefe und Verkrampfungen. Weiter bestünden Schlafstörungen mit nächtlichen Erlebnissen von einem in die Tiefe Fallen. Danach bestünden stunden- und tagelang Ängste, das Bett und das Haus zu verlassen (S. 2 oben). Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass seine linke Körperhälfte wie nicht zu ihm gehöre. In seiner rechten Körperhälfte gebe es elektrische Ströme, Schmerzen, Muskelkrämpfe und Schmerzen in der rechten Hirnhälfte (S. 2 f.).

Nach dem Bericht des RAD sei auf psychiatrischem Fachgebiet keine Störung mit Krankheitswert gefunden worden. Frau R.____ betrachte den Bericht vom 15. Dezember 2015 als eine Fehlbeurteilung. Dieser widerspreche ihrem Verständnis und psychotherapeutischem Wissen und ihren Erfahrungen mit dem Beschwerdeführer im vergangenen Jahr. Es sei befremdlich, wie darin die Diagnosen mehrerer Fachpersonen verworfen worden seien (S. 3 unten). Eine fehlende Mimik könne auch als Hinweis auf andere mögliche Ursachen, wie zum Beispiel eine psychische Störung oder anderes, gedeutet werden. Sie habe zahlreiche Ich-Störungen wie Depersonalisation und Derealisation etc. beobachtet, die in den Berichten des RAD verneint worden seien. Es stelle sich die Frage einer Dissoziation im Aufbau einer Parallelwelt, weil dies für den Beschwerdeführer eventuell die einzige Möglichkeit sei, mit psychisch belastenden Symptomen fertig zu werden (S. 4 oben). Die Art und Weise wie er mit therapeutischen Interventionen umgehe, zeige ihn als authentisch. Er nehme Verbesserungen dankbar entgegen und sperre sich nicht gegen solche. Aufgrund ihrer Beobachtungen schliesse sie Simulation aus (S. 4 Mitte). Die Therapeutin gehe von einer posttraumatischen Belastungsstörung aus, die eventuell - wie in Trauma-Fachkreisen bekannt - nicht allein durch den Unfall an und für sich geschehen sei, sondern die sich im Laufe der Zeit eventuell immer mehr verstärkt habe, weil sie nicht gut aufgefangen worden sei (S. 4 unten).

Die Therapeutin erlebe den Beschwerdeführer in grosser seelischer Not und als existenziell tief verunsichert (S. 6 oben). 4. 7

Dr. N.____ und Dr. O.____ nahmen am 27. Juni 2016 (Urk. 16/1) Stellung zur angefochtenen Verfügung der Beschwerdegegnerin. Sie führten aus, der Beschwerdeführer habe von klinischer Seite her über Alpträume betreffend den

Unfall berichtet. Bremse ein Bus, in dem er sitze, gerate er in Panik. Auch habe er zwei Autounfälle gesehen, die ihn gedanklich tagelang beschäftigt hätten

(S. 1 unten). Der Beschwerdeführer sei seit dem Unfall von verschiedenen psychiatrisch geschulten Therapeuten gesehen worden, die ihn zum Teil über längere Zeit betreut hätten. Die Kriterien, die für eine posttraumatische Belastungsstörung sprechen würden, träten seit mindestens sechs Jahren auf (S. 2 unten).

Eine bipolare Störung beinhalte per Definition mindestens vier Episoden inner halb eines Jahres. Unterschiedliche Episoden könnten ineinander übergehen. Seit dem Austritt aus der Klinik der J.____ hätten mindestens drei depressive Episoden stattgefunden mit eher schwerem Ausmass (S. 3 unten).

Hinsichtlich des Urlaubes in den Bergen habe es sich ihres Wissens um ein sehr abgelegenes Haus gehandelt. Von einem Kontakt mit anderen Menschen habe der Beschwerdeführer nichts berichtet (S. 5 oben). 5.

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