

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00263 vom 26. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00263

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00263 du 26 août 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00263 del 26 agosto 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1983, verfügt über keine Berufsausbildung und kam im Jahr 2007 in die Schweiz. Hier arbeitete er

im Sommer 2008 wenige Wochen

als Gipser (Urk. 12/23 S. 1) und erlitt dabei

Anfang September 2008 einen Arbeitsunfall

(Urk. 12/2 S. 7). INTERN: insgesamt rund zwei Monate zu 100% bei zwei Arbeitgebern, allerdings gibt es vom zweiten nichts Schriftliches und der IK-Auszug ist leer, vgl.

Abklärungen Gemeinde (Urk. 12/18 S. 1). Er verbrachte eine Nacht im Spital. Der genaue Unfallhergang ist ungeklärt (Urk. 12/2 S. 7). Am 7. Oktober 2009 meldete sich der Versicherte

bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV Stelle), zur beruflichen Integration und zum Rentenbezug an. Als Grund gab er einen Status nach Comotio cerebri an (Urk. 12/3). Beide Ansprüche wurden nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 12/25, Urk. 12/27) mit Verfügungen vom 26. und 27. Mai 2010 verneint (Urk. 12/39, Urk. 12/40).

Im Juni 2011 beantragte der Versicherte wegen schwerer Depression, starker Nackenschmerzen, Übelkeit und starker Kopfschmerzen

erneut eine Invalidenrente (Urk. 12/4)

E. 1.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 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.

E. 1.2

Zum Bedeutungsgehalt dieser Bestimmung hat das Bundesgericht in BGE 130 V 64 E. 5.2.5 festgehalten, dass die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch oder der Neuanmeldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen muss, ihr mithin ausnahmsweise eine Beweisführungslast zukommt. Tritt die Verwaltung auf das erneute Leistungsbegehren ein, hat sie demgegenüber gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen

Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) , Art. 57 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 69 ff. IVV; SVR 2006 IV Nr. 10 S. 39 E. 4.1 [I 457/04]; vgl. auch BGE 117 V 198 E. 3a).

Zweck der Eintretens voraussetzung ist somit nur zu verhindern, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 109 V 108 E. 2a).

E. 1.3

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden: Die Tat - sachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E.

5b) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 mit Hinweisen). Aufgrund des Zwecks der Eintretens voraussetzung ist eine Sachverhaltsänderung bereits erheblich , wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.3 mit Hinweisen auf 8C_1009/2010 vom 7. April 2011 E. 2.2 und 9C_838/2011 vom 28. Februar 2012 E. 3.3.2) . Dagegen liegt von vornherein keine erhebliche Sachverhaltsänderung vor, wenn aus dem bereits im Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügung gegebenen Sachverhalt bloss andere Schlussfolgerungen gezogen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_838/2011 vom 28. Februar 2012 E. 3.3.2). 2. 2.1

Der Beschwerdeführer machte in der Beschwerdeschrift gestützt auf die Arztberichte vom 5. Juni 2013 und 18. Dezember 2013 (Urk. 3/1-2) geltend, seine psychischen Beschwerden hätten enorm zugenommen . Zudem habe ihn trotz der attestierten 100%-Arbeitsfähigkeit niemand beschäftigen wollen (Urk. 1). Gemäss seinen späteren Eingaben sollen die nachgereichten Arztberichte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % belegen

(Urk. 7, 8, 13 und 14). 2.2

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Nichteintretensentscheid mit einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand (Urk. 2) und verwies in der Beschwerdeantwort auf die Stellungnahmen des RAD vom 11. Juni 2014 und 20. Januar 2015 (Urk. 11) 3. 3 .1

Da praxisgemäss selbst dann ein erneut ablehnender Sachentscheid vorliegen kann, wenn die Verwaltung ein Gesuch formell durch Nichteintreten erledigt hat, ist vorab der rechtliche Gehalt de r

seit dem Sachentscheid vom 26. Mai 2010 ergangenen Nichteintretensentscheid e festzustellen (vgl. dazu BGE 109 V 263 E 2.a, 117 V 8 E. 2.b, 120 V 496 E. 1.a).

Der Inhalt der angefochtenen Verfügung bestimmt, ob Prozessgegenstand die Eintretensvoraussetzung nach Art. 87 IVV oder die materielle Prüfung des Rentenanspruchs bildet. Der Inhalt des früheren

Nichteintretensentscheids spielt eine Rolle bei der Festlegung der zeitlich massgebenden Vergleichsbasis für die Prüfung anspruchserheblicher Tatsachenänderungen.

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist im Neuanmeldungsverfahren

nämlich von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen

bleiben aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

3.2

Die Beschwerdegegnerin tätigte vor Erlass des angefochtenen Nichteintretensentscheids vom 26. Januar 2015 keine eigenen Sachverhaltsabklärungen. Statt dessen legte sie die neuen Vorbringen und Unterlagen des Beschwerdeführers dem RAD vor und liess sich von diesem im Sinne von Art. 49 Abs. 3 IVV beraten (Urk. 12/83 S. 2 f.,

Urk. 12/88 S. 2). Die Beschwerdegegnerin prüfte die Neuanmeldung somit nur summarisch und beschränkte sich auf das für die Beurteilung der Eintretensvoraussetzung nach

Art. 87 IVV Notwendige. Folgerichtig

lautete die Begründung ihres Entscheids im Wesentlichen, es seien

keine neuen objektivierbaren Befunde vorgebracht worden, vielmehr liege der behauptete Verschlechterung des Gesundheitszustands nur eine andere Beurteilung desselben

Sachverhalts zugrunde

(Urk. 2).

Entsprechendes gilt für den Nichteintretensentscheid vom 11. Oktober 2011. Hierbei beschränkte sich die Beschwerdegegnerin ebenfalls auf das Einholen einer Stellungnahme des RAD (Urk. 12/53 S. 2 f.) und trat nicht auf die Neuanmeldung ein mit der Begründung, es werde bloss eine andere Beurteilung des unveränderten Sachverhalts geltend gemacht (Urk. 12/58).

Der Rentenanspruch wurde somit erst- und letztmals mit Verfügung vom 26. Mai 2010 materiell beurteilt (Urk. 12/39). Infolgedessen

ist einzig zu prüfen, ob es dem Beschwerdeführer gelungen ist, eine

seither eingetretene
anspruchs erhebliche
Tatsachenänderung
glaubhaft zu machen. 3. 3

Dem ist hinzuzufügen, dass die versicherte Person die massgeblichen Tatsachen Änderungen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bereits mit der Neuanmeldung glaubhaft machen muss. Wird der versicherte Person daher

wie vorliegend (vgl. Sachverhalt E. 1) - schon im Verwaltungsverfahren eine angemessene Frist zur Einreichung ergänzender Beweismittel angesetzt unter der Androhung, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei, legt das Gericht seiner beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zugrunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Die beiden vom März 2015 datierten Arztberichte (Urk. 8, Urk. 14), die der Beschwerdeführer im Laufe des gerichtlichen Verfahrens nachreichte, sind deshalb unbeachtlich. Es wäre dem Beschwerdeführer durchaus zumutbar gewesen, diese vor gängig zur Neuanmeldung einzuholen. 4.

E. 4

). Die IV-Stelle verfügte

diesbezüglich – wie im Vorbescheid angekündigt (Urk. 12/54) – am 11. Oktober 2011 ein Nichteintreten

(Urk. 12/58).

Schliesslich meldete sich der Versicherte, neu vertreten durch Y.____ ,

Beratungsstelle für Ausländer, am 4. April 2014 ein drittes Mal zum Renten bezug an. Zur Begründung führte er Dauerschmerzen im Hals-/Kopfbereich und Schwindel an (Urk. 12/7

E. 4.1

Der

rentenabweisende Entscheid vom 26. Mai 2010 (Urk. 12/39) erging auf grund der Stellungnahme des RAD vom 4. Februar 2010. Dieser stellte vollumfänglich auf das Ergebnis der hauptsächlich stationär erfolgten polydisziplinären Abklärung in der Klinik Y.____ vom 7. Mai 2009 ab (Urk. 12/23 S. 3 f.).

In der polydisziplinären Zusammenfassung

derselben kamen die Gutachter zum Schluss, es seien keine Unfallfolgen nachweisbar und der Beschwerdeführer zeige ein überwiegend bewusst gesteuertes dysfunktionales Verhalten (Urk. 12/2 S. 31) .

E. 4.2

Im neuropsychologischen Teil der Abklärung wurde festgehalten, es bestehe eine unspezifische neuropsychologische Störung mit Beeinträchtigungen insbesondere bei den Aufmerksamkeitsfunktionen, der verbalen und figuralen Fluenz sowie der verbalen Merkfähigkeit. Die kognitiven Leistungseinbussen seien im Rahmen von mehrheitlich bewusstseinsnahen Prozessen der Aggravation einzuordnen, weshalb die Plausibilität des Ausmasses der angegebenen Beschwerden und diagnostisch festgestellten

Leistungseinbussen in Frage zu stellen sei. So würden die Testergebnisse bei einem Malingering -Test weit unter den zu erwartenden Grenzwerten liegen . Selbst bei zufälligem Antwortverhalten wäre die Testleistung besser ausgefallen (Urk. 12/2 S. 14).

E. 4.3

In der physikalisch-medizinischen Stellungnahme wurde ausgeführt , dass sich mit den fehlenden objektivierbaren pathologischen Befunden der nur sehr ein geschränkt durchführbaren klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung aus somatischer Sicht kein strukturell dokumentierbares Korrelat im Halswirbelsäulen-Bereich dingfest machen lasse, welches das Ausmass der Beschwerden und die Einschränkungen erkläre. Erschwert werde die Einschätzung durch einen nicht genau bekannten Unfallmechanismus (Urk.

12/2 S.

30). Die Angaben des Beschwerdeführers hierzu seien knapp und bei Nachfragen teils widersprüchlich. Bestätigt werden könne, dass die leicht verstärkte Impression der Deckplatte ventral in HWK5 rechtsbetont wahrscheinlich im Rahmen einer Formvariante bestehend sei (Urk. 12/2 S. 20).

E. 4.4

Der für die neurologische Stellungnahme zuständige Gutachter konnte kein objektivierbares fokales neurologisches Defizit feststellen, obschon sich der Beschwerdeführer hochgradig beeinträchtigt zeigte. Die geklagte Sensibilitätsstörung sei nicht begleitet von einer entsprechenden Beeinträchtigung der Bewegungsfunktion. Die Beeinträchtigung in den Gang- und Standversuchen seien somatisch nicht erklärbar . Dasselbe gelte für das gezeigte physiotherapeutische Verhalten, wobei die minimalen Leistungsgrenzen nicht erreicht worden seien . Auffällig sei bei der Kraftprüfung die wechselnde Innervation der Arme und Beine bei schlussendlich gut ausgeprägter Muskulatur. In der

Magnetresonanztomographie

hätten sich ferner keine

strukturelle Schäden des Gehirns gefunden, ob wohl die sensitiven Hämösiderinsequenzen geeignet seien, solche im Millimeterbereich nachzuweisen. Eine leichte traumatische Hirnverletzung sei daher nur mit dem Grad der Möglichkeit anzunehmen und die Prognose einer solchen bekanntermassen gut. Zudem habe der Beschwerdeführer keine spezifischen Angaben zum Unfallhergang und der – von keinem Dritten beobachteten – Bewusstlosigkeit gemacht . Schliesslich entspreche sein Verhalten gemäss eigener Erfahrung auch nicht einem dysfunktionalen Verhalten, wie es zum Teil nach solchen Verletzungen oder im Rahmen anderer Unfallereignisse gezeigt werde

(Urk. 12/2 S. 27 f. und 30) .

E. 4.5

Die psychiatrische Abklärung erfolgte ambulant bereits

im Januar 2009 (Urk.

12/2 S. 33 ff.). In der vom untersuchenden Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , Dr. med. Z.____ , mitunterzeichneten

polydisziplinären Zusammenfassung vom 7. Mai 2009 wurde festgehalten, es stelle sich ein in verschiedenster Hinsicht völlig ungewöhnlicher Befund dar, der hochauffällig und atypisch für die Präsentationsweise von etablierten psychischen Störungen sei. Die Befundlage schliesse praktisch aus, dass eine relevante Störung aus dem psychotraumatologischen Formenkreis bestehe. Hinsichtlich der Stimmungslage sei die Befundlage zu atypisch, als das etwas Gültiges über die Affektlage bzw. Stimmung ausgesagt werden könne. Die teils langen Antwortlatenzen, das äusserst auffällige Verhalten, die mimischen Ausdrucksbewegungen sowie die letztlich doch wache und aufmerksame Bezogenheit auf die Untersuchungssituation würden es überwiegend wahrscheinlich machen, dass bewusst steuernde Elemente der Leidensdarstellung im Vordergrund stünden. Insbesondere der Umstand, dass die Beschwerden inhaltlich so schlecht geschildert bzw. präzisiert werden könnten, würden es zusammen mit den anderen Kriterien wahrscheinlich machen, dass Beschwerden angegeben würden, die nicht oder mindestens bei weitem nicht in diesem Ausmass erlebt würden. Damit sei auch erklärt, weshalb sich therapeutisch nichts bewegen lasse bzw. atypische Effekte auftreten würden (Urk. 12/2 S. 30). 5.

E. 5

). Die IV Stelle wies ihn mit Schreiben vom 17. April 2014

darauf hin, dass er eine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft zu machen und bis spätestens 20. Mai 2014 entsprechende Beweismittel einzureichen habe, andernfalls nicht auf sein Gesuch

eingetreten werde (Urk. 12/79). Diese Frist wurde ihm auf Ersuchen erstreckt (Urk. 12/82).

Ein Nichteintreten stellte die IV Stelle auch mit Vorbescheid vom 1. Juli 2014 (Urk. 12/84) in Aussicht, nachdem sie eine

Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; Urk. 12/83 S. 2 f.) eingeholt hatte. Den dagegen erhobenen Einwand des Versicherten vom 5. August 2014 (Urk. 12/86 S. 1 f.) legte die IV-Stelle wiederum dem RAD vor (Urk. 12/88 S. 2), bevor sie mit Verfügung vom 26. Januar 2015 nicht auf die Neuanmeldung eintrat (Urk. 12/89).

2.

Gegen den Nichteintretensentscheid liess der Versicherte, vertreten durch Y.____ (Vollmacht Urk. 4), am 27. Februar 2015 Beschwerde erheben (Urk. 1). Mit Eingaben vom 19. März 2015 (Urk. 7) und 21. April 2015 (Urk. 13) reichte er zwei weitere Arztberichte (Urk.

E. 5.1

Der mit der Neuanmeldung eingereichte Bericht des Zentrums C.____ (Urk. 12/71 S. 8-12) datiert vom 5. Juni 2013 und wurde stellvertretend unterzeichnet für Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. phil. B.____, Klinischer Psychologe.

Diese schlussfolgerten, der Beschwerdeführer sei nicht nur subjektiv, sondern auch bei objektiver Beurteilung heute mit Sicherheit für jegliche Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig (Urk. 12/71 S. 12).

Die Gründe hierfür legen sie in zehn Ziffern unter dem Titel „Verschlechterung des psychiatrischen Zustandes“ dar (Urk.

12/71 S. 9 ff.).

E. 5.2

Aus dem Bericht geht nicht hervor, ob und wann die Verfasser den Beschwerdeführer selbst untersuchten oder behandelten. Den Akten ist

jedoch

zu entnehmen, dass dieser seit dem Jahr 2010 von Ärzten des Zentrums C.____ behandelt wird und dort vom 6. Dezember 2010 bis 28. Januar 2011 auch die Tagesklinik besucht (Urk. 12/ 50 S. 3 ff.). In Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten ist vorab auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung und die Sicherstellung des Behandlungsziels in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc, 124 I 170 E. 4) . Dementsprechend vermögen solche Berichte ein von einer neutralen Fachperson erstelltes Gutachten gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht ohne Weiteres in Frage zu stellen, auch wenn die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung durchaus wertvolle Erkenntnisse zeitigen kann (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom

Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr . 15 S. 43 E.

2.2.1 [I

514/06]).

E. 5.3

Keine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ist dargetan durch die im neuen Bericht – vor allem in Ziffer 5 und 6

–

vorherrschende Kritik am Ergebnis der polydisziplinären Abklärung der Klinik Y.____ . Dabei handelt es sich fast ausschliesslich um eine bloss abweichende Beurteilung des damaligen Sachverhalts. In Frage käme diesbezüglich höchstens eine Revision bzw . eine – allein im Ermessen der Beschwerdegegnerin stehende (vgl. BGE 130 V 50 E. 4.1) –

Wiedererwägung des rentenabweisenden Entscheids vom 26. Mai 2010 unter den Voraussetzungen gemäss

Art. 53 Abs. 1 bzw. Abs. 2 ATSG. Indessen ist festzuhalten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung regel mässig nicht von einer versicherten Gesundheitsschädigung auszugehen ist , soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche 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 Therapie 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. Nicht per se auf

Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E.

2.2.1).

Die verschiedenen Gutachter der Klinik Y.____ legten detailliert und überzeugend dar, gestützt auf welche Befunde und Beobachtungen sie eine bewusstseinsnahe Aggravation bejahten (vgl. E. 4., Urk. 12/2 S. 10 ff.). Entsprechende Hinweise auf eine gesteuerte Leidensdarstellung finden sich auch in anderen Untersuchungsberichten. So stellte Dr. med. D.____, Facharzt für Ohren-Nasen-Halskrankheiten, am 6. Juli 2009 fest, das Gehabe des Beschwerdeführers wirke demonstrativ und die im Reintondiagramm angegebenen Schwellenwerte seien offensichtlich nicht möglich, habe er doch mit seiner Ehefrau in etwa normaler Umgangssprache sprechen können (Urk.

12/11 S. 18).

Der Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, wies am 2. Dezember 2008 auf eine offensichtlich bestehende Selbstlimitierung und Symptomausweitung hin. Die Halswirbelsäulen-Beweglichkeit sei aktiv fixiert. Trotz angeblichen Schwindels sei keine Unsicherheit bei den Gehversuchen mit Umwendbewegung auf der Treppe festzustellen, ebenso wenig eine Übermüdung [trotz angeblich fehlenden Schlafes] (Urk. 12/11 S. 86 f.). Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, bezeichnete die Aggravationstendenz in seinem Bericht vom 12. November 2008 als exorbitant, ohne erkennbaren organischen Kern (Urk. 12/11 S. 91). Letztlich waren alle Untersuchungen durch grimassierende Mimik und fortwährende Schmerzbekundungen des Beschwerdeführers begleitet (z.B. Urk. 12/2 S. 10 ff.; Urk. 12/11 S- 18, 87 und 90).

Demgegenüber nicht zu überzeugen vermag der Bericht des Zentrums C.____, in dessen Ziffer 6 unter anderem geltend gemacht wurde, die (wohl im Jahr 2011, vgl. Urk. 12/50 S. 3) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung sei nicht ausgeschlossen worden, das katatone Verhalten des Beschwerdeführers „könnte immerhin“ Hinweise auf eine psychotische Störung geben oder eine kognitive Beeinträchtigung durch die Nebenwirkung der Medikamente sei nicht auszuschliessen. Dabei handelt es sich um

reine Spekulationen, denen darüber hinaus keine (neuen) Befunde zugrunde liegen. Ein dies bezüglich ärztlich schlüssig festgestelltes medizinisches Substrat findet sich auch nicht im mit der vorangehenden Neuanschuldigung eingereichten Bericht derselben Institution

vom 19. April 2011. Darin wurden vielmehr

soziokulturelle und psychosoziale Faktoren hervorgehoben, die den Beschwerdeführer zu seinem Verhalten veranlassen könnten, z.B. die dadurch erwirkte übermässige Fürsorge seiner Ehefrau und Integrationsschwierigkeiten

(Urk. 12/51 S. 1 ff.). Letztlich ist invalidenversicherungsrechtlich nicht das im Bericht angewandte Prüfungsschema nach Synder, sondern die oben dargelegte Rechtsprechung massgebend. Diese verlangt für die Annahme der Aggravation keinen expliziten Ausschluss sämtlicher Eventualitäten ohne konkrete Anhaltspunkte.

Demnach ist eine Aggravationstendenz des Beschwerdeführers ausgewiesen und auch im Rahmen der Glaubhaftmachung neuer Vorbringen zu berücksichtigen, soweit nicht konkrete Anhaltspunkte für eine mittlerweile bestehende ernsthafte Leistungsbereitschaft und Kooperation vorliegen. 5. 4

In Ziffer 7 des neuen Berichts wurde festgehalten, die Symptome einer schweren Depression seien heute zweifelsfrei und nahtlos beobachtbar: Schlafstörungen (ca. 1 Std./die), Appetitverminderung (aber Gewichtszunahme 100 kg bei 178

cm), Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Gedankenkreisen, Rückzug, Antriebslosigkeit, Schwindel, Sinnlosigkeitsgedanken, Verlust von Selbstvertrauen, Schuldgefühle (Belastung für die Ehefrau und Familie), aber keine Suizidideen.

Wie erwähnt ist nicht ganz klar, worauf die Verfasser des Berichts

ihre wenigen Befunde und die Diagnosen stützen

(vgl. E. 5.2). Offenbar wurden mit dem Beschwerdeführer aber keine Tests mit objektivierbaren Resultaten durchgeführt. In einem früheren Bericht des Zentrums C.____

hiess es dazu, „Test-, Trainings-

und Beobachtungsmethoden: Durchführung aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten nicht möglich“ (Urk. 12/50 S. 6).

Dementsprechend dürfte die Befunderhebung bestenfalls auf mehreren eigenen Gesprächen mit dem Beschwerdeführer und seiner Ehefrau, mithin subjektiven Angaben beruhen.

Sodann fanden sich praktisch dieselben geklagten Beschwerden bereits in der psychiatrischen Abklärung der

Klinik Y.____. Damals behauptete der Beschwerdeführer, er leide bei jeder Art von Aufstehen oder Aufsitzen unter Schwindel, könne wegen der Schmerzen gar nicht schlafen, vergesse ab und zu etwas und mache nichts anderes als etwas spazieren, liegen, sitzen und fernsehen, soweit er keine starken Schmerzen habe (Urk. 2/12 S. 36 f.). Seine Ehefrau bestätigte

damals, der Beschwerdeführer schlafe in Phasen von einer halben Stunde, neuerdings vergesse er auch viel und

nach fünf bis zehn Minuten Spaziergang klage er über Schwindel. Es sei zudem schwierig, weil er hier in der Schweiz weder Freunde noch Kollegen habe

(Urk. 12/2 S. 39). In den Befunden

hielt der Gutachter dazumal fest, der Gedankengang wirke formal geordnet, allerdings sehr einsilbig und verarmt bzw. auf Schmerzen eingeengt. Auffälligerweise seien jedoch keine damit verbundenen katastrophisierenden

Gedanken und Phantasien zu eruieren, sondern nur die praktisch stereotype Äusserung der Hoffnung, es werde wieder alles gut (Urk. 12/2 S. 36). Schliesslich kann auf die testpsychologische Prüfung der kognitiven Funktionen in der Klinik Y.____ verwiesen werden. Diese lieferte deutliche

Anzeichen für eine bewusstseinsnahe Aggravation der Beschwerden, weshalb aus dem ermittelten kognitiven Leistungsprofil keine stichhaltigen Aussagen zur beruflichen Funktionsfähigkeit abgeleitet werden konnten (vgl. E. 4.2, Urk. 12/2 S. 11-14).

Auch diesem Teil des neuen Berichts liegt somit im Wesentlichen nur eine andere Beurteilung des gleichen Zustandes, wie er sich den Ärzten bereits im Mai 2009 bot, zugrunde. Es sind keine Gründe oder Anhaltspunkte dafür ersichtlich, weshalb die gleichen Symptome heute nicht mehr auf Aggravation zurückzuführen sein sollen.

Im Übrigen ist in Bezug auf Ziffer 1 des Berichts anzumerken, dass die obenstehenden Angaben aus dem Abklärungsbericht der Klinik Y.____

widerlegen, dass ein sozialer Rückzug stattfand. Vielmehr hatte sich der Beschwerdeführer bereits vor seinem Unfall nicht um eine Integration bemüht. 5. 5

Hinsichtlich des in Ziffer 4 des neuen Berichts geltend gemachten zunehmenden Mutismus

stellten die untersuchenden Ärzte bereits früher eine unzureichende Kommunikation fest und interpretierten diese schlüssig als mit der bewussten Leidensdarstellung zusammenhängend

(z.B. Urk. 12/2 S. 34 f.). Dasselbe gilt für die Feststellung in Ziffer 8 des neuen Berichts, die medikamentösen Behandlungsergebnisse seien unbefriedigend. Der psychiatrischen Abklärung der Klinik G.____ ist diesbezüglich zu entnehmen, dass mit der Aggravation auch erklärt sei, weshalb sich therapeutisch nichts bewegen lasse bzw. atypische Effekte auftreten würden, wie zum Beispiel die Angabe über atypisch kurz wirkende Schmerzeffekte des Antidepressivums (Urk. 12/2 S. 41). Eben so nichts zu seinen Gunsten kann der Beschwerdeführer aus den Ziffern 2 und (zweite) 5 des neuen Berichts ableiten, wonach er im Jahr 2011 angeblich bereits nach einem Tag wegen vollständiger Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit aus dem Sanatorium H.____ entlassen und eine schwere Depression diagnostiziert worden sein soll. Einerseits ist eine bewusst gesteuerte Krankheitsdarstellung für das extreme Verhalten des Beschwerdeführers einmal mehr die weitaus plausibelste Erklärung. Andererseits lag dieses Ereignis im Zeitpunkt der Neuanschuldung fast zwei Jahre zurück, wobei davon auszugehen ist, dass eine depressive Episode (vgl. Ziffer 10 des neuen Berichts) in der Regel wieder abklingt und keine mehrjährige Arbeitsunfähigkeit bewirkt. Ausserdem gibt es in den Akten keine Berichte des Sanatoriums H.____. Dabei wäre es dem Beschwerdeführer ohne Weiteres zuzumuten gewesen, solche rechtzeitig beizubringen. Nur vage sind die Angaben zur therapeutischen Absicht des Aufenthalts in Mazedonien im Jahr 2011 und den Gründen seines Abbruchs in Ziffer 3 des neuen Berichts. Belege dazu gibt es ebenfalls keine. Die in Ziffer 10 des Berichts gestellten Diagnosen entbehren ohnehin jeglicher Erläuterung, weshalb sie nicht berücksichtigt werden können. 6. 6.1

Der Neuanschuldung lag ein zweiter Bericht zur interdisziplinären Schmerzbehandlung vom 18. Dezember 2013 bei. Dieser

stammt vom Zentrum I.____, das derselben Aktiengesellschaft wie das Zentrum C.____ angehört. Der Bericht wurde von diversen Fachärzten und einem klinischen Psychologen unterzeichnet (Urk. 12/71 S. 1-7), wobei für ihre Einschätzung als behandelnde Arztpersonen und Therapeuten wiederum das bereits unter E. 5.2 A usgeführte gilt. In der „Konsens-Beurteilung“ hielten sie fest, der Beschwerdeführer sei aus somatischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig, aus psychiatrischer Sicht sei er

mit Sicherheit 100 %

arbeitsunfähig (Urk. 12/71 S. 7). 6.2

Zugunsten des Beschwerdeführers fiel

primär

die Beurteilung aus wirbelchirurgischer Sicht von Dr. med. J.____, Facharzt für Chirurgie,

aus (Urk. 12/71 S. 4). Er hielt fest , der Allgemeinzustand sei reduziert und es bestehe eine schwere depressive Grundstimmung . Objektiv sei eine praktisch voll ständige schmerzhafte Beweglichkeitseinschränkung der Halswirbelsäule sowie eine stark verhärtete und druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur beid seits feststellbar. Sensibilität, Motorik und Reflexe an den oberen und unteren Extremitäten seien symmetrisch intakt (Urk. 12/71 S. 4). Aufgrund des ausgeprägten zervikozephalen Schmerzsyndroms mit vor allem belastungsunabhängigen Beschwerden einerseits sowie der psychischen Beschwerden mit schwerer Depression andererseits, könne bis auf Weiteres keine Tätigkeit zuge mutet werden (Urk. 12/71 S. 6).

Dr. J.____ diagnostizierte somit nicht nur allein gestützt auf subjektive Angaben des Beschwerdeführers ein ausgeprägtes zervikozephal

Schmerzsyndrom , sondern stellte darüber hinaus

ohne entsprechende Befunderhebung und ausserhalb seines Fachgebiets die Diagnose schwere Depression. Darin manifestiert sich deutlich ein besonderes Vertrauensverhältnis zum Beschwerdeführer als Folge der jahrelangen Behandlung (vgl. Urk. 7). Auf s eine Beurteilung ist aus diesen Gründen und angesichts der

nachfolgend darzulegenden erheblichen Diskrepanzen zu den Feststellungen seiner Arbeitskollegen , nicht abzustellen . 6.3

So stellte Dr. med. K.____ , Facharzt für Anästhesiologie, im Gegensatz zu Dr.

J.____

etwa fest, die Kopfbewegungen seien in alle Richtungen stark eingeschränkt, wobei der Beschwerdeführer aktiv dagegen spanne. Nacken- und angrenzende Schultermuskulatur seien locker. Der allgemeine Körperbau sei trainiert und sehr kräftig, insbesondere die Armmuskulatur. Die Sensibilität sei unklar, der Gang übermässig verlangsamt (Urk. 12/71 S. 4). Versuchsweise sei der Beschwerdeführer in einer angepassten, leichten Tätigkeit zu 50 % arbeits fähig (Urk. 12/71 S. 6).

Der reduzierte Allgemeinzustand und die stark verhärtete Schultermuskulatur fielen Dr. K.____ somit nicht auf, wohl aber die gegenüber der Untersuchung abwehrende Haltung und der kräftige, trainierte allgemeine Körperbau nach gemäss eigenen Angaben fünf Jahren nur sitzen, liegen und maximal zehn Minuten am Stück spazieren. 6.4

Der Bericht aus rheumatologischer Sicht von Dr. med. L.____ , Facharzt für physikalische Therapie und Rheumatologie , beschränkte sich mehr oder weniger auf Hinweise zu Aggravationstendenzen. Die gesamte Untersuchung sei durch Schmerzbekundungen des Beschwerdeführers begleitet worden. In der Untersuchungssituation sei die Inklination komplett gemieden worden, in der An- und Auskleidesituation jedoch problemlos gelungen. Ebenso sei die Schulterabduktion ab 80 ° muskulär gegengespannt worden, bei der Reflexüberprüfung aus einer Über - Kopfposition mit einer Abduktion von 170 ° jedoch problemlos gelungen. Schliesslich fanden sich nach fünfjähriger Schmerzsituation keine Atrophien bei kräftiger Schulterblattmuskulatur. Die paravertebrale Muskulatur sei nicht verspannt (Urk. 12/71 S. 5).

Aus rheumatologischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit 100 %

(Urk. 12/71 S. 7).

6. 5

Dr. med. M.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, hielt unter anderem fest, dass der schwache Nadelstich am ganzen Fuss als Schmerz angegeben und dies auch mit der Gesichtsmimik ausgedrückt worden sei. Aufrecht sitzend betrage die Rotation des Kopfes nach links und rechts 30 °, die Schultergürtel muskulatur

sei extrem angespannt (Urk. 12/71 S. 4 f.). Die Hyperalgesie am rechten Fuss und die verminderte Zweipunktdiskrimination an der rechten Hand würden wahrscheinlich einem leichten Hemisyndrom nach Commotio entsprechen (Urk. 12/71 S. 5). Sicher sei

eine Arbeit als Gipser nach der angeblich fünf Jahre dauernden Arbeitsabsenz und aufgrund der geschilderten typischen Folgen der Commotio nicht zumutbar, ebenso wenig andere Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten. Keine zusätzlichen Einschränkungen ergäben sich aufgrund der Diskusprotrusion

C6/C7

(Urk. 12/71 S. 6).

Eine medizinisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergab sich gemäss Dr. M.____ somit nur aus der leichten traumatischen Hirnschädigung. Diese wurde im neurologischen Bericht der Klinik Y.____ aber bereits nachvollziehbar – gestützt auf die Magnetresonanztomographie und die widersprüchlichen Angaben sowie das Verhalten des Beschwerdeführers – als möglich, aber nicht wahrscheinlich eingestuft

(vgl. E. 4.4). Daran vermögen die angegebenen Schmerzen beim Nadelstich in den Fuss angesichts der Aggravationstendenzen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. 6.6

Keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht gemäss Dr. med. N.____, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin. Seinen Befunden ist ausser dem langsamen und unsicheren Gang nichts zu entnehmen (Urk. 12/71 S. 2 und 7). 6.7

Es verbleibt die Beurteilung aus psychosomatischer Sicht von Med. Prakt. O.____, Facharzt für Psychiatrie. Die „aktuellen Beschwerden“ (Urk. 12/71 S. 3) wurden aus dem Bericht des Zentrums C.____

vom 5. Juni 2013 kopiert.

Die selbst erhobenen Befunde basieren mehr oder weniger auf einem Gespräch mit der Ehefrau des Beschwerdeführers, da sich dieser wie bereits in der Klinik Y.____ (vgl. Urk. 12/2 S. 35) in der emotionalen Kontaktaufnahme abwartend und wortkarg zeigte (Urk. 12/71 S. 5). Beispiele oder Testresultate

für die festgestellten kognitiven Beeinträchtigungen (verlangsamt und deutlich eingeschränkt in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis; deutliche Vergesslichkeit) wurden nicht genannt (Urk. 12/71 S. 5).

Das festgehaltene Leistungsbild (Urk. 12/71 S. 6) korrespondiert mit den Angaben des Ehepaares in der früheren Abklärung der Klinik Y.____ (vgl. Urk. 12/2 S. 37).

Es kann dementsprechend auf die obenstehenden Ausführungen zum ersten Bericht verwiesen werden

(vgl. E. 5.4). Zu ergänzen ist, dass Dr. O.____

darüber hinaus festhielt, die Stimmung des Beschwerdeführers sei deutlich depressiv-resigniert und er wirke affektiv stuporös bis kataton (Urk. 12/71 S. 5). Dr. Z.____ von

der Klinik Y.____ schilderte allerdings sinngemäss auch schon, der Beschwerdeführer habe in der Bewegung so auffällig roboterhaft gewirkt, dass er am nächsten Tag von seinen Arbeitskollegen darauf angesprochen worden sei (Urk. 12/71 S. 34). Dennoch habe sich dem Dolmetscher während seiner Abwesenheit ein ganz anderes Bild mit entspanntem Dasitzen, ohne grimassierende Bewegungen und mit

normaler Unterhaltung geboten (vgl. Urk. 12/2 S. 38).

Klar gegen einen erheblichen Leidensdruck des Beschwerdeführers im Rahmen einer anhaltenden schweren depressiven Erkrankung spricht indessen der Umstand, dass er seit dem Jahr 2010 nicht mehr stationär behandelt wurde (Urk. 12/71 S.

4). Dasselbe gilt für die Feststellung von Dr.

L.____ , dass der Medikamentenspiegel sowohl für die Schmerzmittel als auch für die Depression ausserhalb des normalen Medikamentenspiegels unterdosiert sei (Urk. 12/71 S. 2) 7.

Zusammengefasst wurde somit eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 26. Mai 2010 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht glaubhaft gemacht. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers nicht eingetreten ist. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen .

Ausgangsmässig

sind die Kosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen , unter Berücksichtigung der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- 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: - 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 1

5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismitel 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

E. 8

, Urk. 14) ein. Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 17. April 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 11

) und verzichtete auf eine Stellungnahme zum

erst später nachgereichten Arztbericht

(Urk. 17). Mit Verfügung vom 27. April 2015 wurde dem Versicherten die unentgeltliche Prozessführung bewilligt (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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