

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00013 vom 24. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00013

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00013 du 24 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00013 del 24 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1

des

Bundesgesetz 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

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.

E. 1.3

Mit Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV soll verhindert werden, 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, 264 E. 3). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht da hingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dertut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen).

Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Massgebend ist einzig, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9 und 9C_799/2016 vom 21. März 2017 E. 5.2.1 mit weiteren Hinweisen). 1.4

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden: Die Tatsachenänderung 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 einstellen lassen (BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 mit Hinweisen). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, 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). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete das am 22. November 2016 (Urk. 2) verfügte Nichteintreten auf das neue Leistungsbegehren damit, dass der Beschwerdeführer nicht glaubhaft dargelegt habe, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich verändert hätten. Der Bericht der Y.____ vom 9. März 2016 enthalte einen Psychostatus, welcher weitestgehend jenem von Dr. med. Z.____,

Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Konsiliararzt am Zentrum für Begutachtung der A.____, vom 24. April 2013 übereinstimme. Neue Befunde fänden sich auch nicht im Bericht von Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. Juni 2016. Zudem fehle einer depressiven Episode das Merkmal der Dauerhaftigkeit, weshalb sie nicht IV-relevant sei. Aus beiden Berichten gehe nicht hervor, dass sie sich mit den Vorberichten von Dr. Z.____ auseinandergesetzt hätten. Auch die Berichte von Dr. med. C.____,

Facharzt für

Oto - Rhino -Laryngologie sowie Hals- und Gesichtschirurgie ,

vom 27.

Juni 2016 und von Dr. D.____, Fachärztin für Neurochirurgie und Chirotherapie, vom 20. Juli 2016 und vom 4. August 2016 fehle jede Auseinandersetzung mit früheren Arztberichten, weshalb nicht vollumfänglich darauf abgestellt werden könne. Gemäss den vorliegenden Unterlagen sei die Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht hinreichend ausgewiesen (vgl. Urk. 2 und Urk. 5). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1 und Urk. 9), entgegen der Einschätzung der IV-Stelle habe sich sein Gesundheitszustand verschlechtert. Die Berichte von Dr. B.____ und der Y.____ liessen ohne weiteres auf eine mittelgradige depressive Störung schliessen. Das heutige Beschwerdebild präsentiere sich gemäss den aktuellen Berichten ganz anders. Heute leide er effektiv unter einer chronifizierten depressiven Stimmungslage. Wäre die psychische Situation gleich wie früher vor dem ersten Rentenentscheid, hätte er sich kaum zu entsprechenden therapeutischen Massnahmen entschieden. Berücksichtige man zudem, dass in den neuen Berichten zusätzlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werde, während im früheren IV-Verfahren lediglich von einer chronischen Schmerzstörung ausgegangen worden sei, erweise sich die Verschlechterung des Gesundheitszustandes als genügend glaubhaft gemacht. Für die Eintretensfrage sei nicht entscheidend, ob gestützt auf die neu eingereichten Berichte bereits von einem invalidisierenden Leiden ausgegangen werden könne. Ob IV-fremde psychosoziale und soziokulturelle Faktoren eine Rolle spielten und ob die Voraussetzungen der mangelnden Therapierbarkeit beziehungsweise Dauerhaftigkeit der Beschwerden erfüllt seien, könne erst Gegenstand der materiellen Prüfung des neuen Leistungsgesuches sein (Urk. 1 S. 6

f. und Urk. 9 S. 2 f.). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf die Neuanmeldung vom 11. Oktober 2016 (Urk. 6/121) eingetreten ist, weil es dem Beschwerdeführer nicht gelungen ist, eine rentenrelevante Veränderung glaubhaft zu machen. Vergleichszeitpunkt bildet die Verfügung vom 15. November 2013 (Urk. 6/82/11-17), mit welcher die Beschwerdegegnerin die Ausrichtung einer befristeten Invalidenrente zusprach. 3.3.1

Das hiesige Gericht stützt sich in seinem Urteil vom 12. Dezember 2014 über den bezüglich der

Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. November 2013 (Urk. 6/82/11-17) zu beurteilenden Leistungsanspruch

in erster Linie auf folgende medizinische Berichte (vgl. Urk.

6/87 E. 4) : 3.2

Der Suva-Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie FMH, berichtete am 13. April 2012 (Urk. 6/37/44-52), bei der am Vortag durchgeführten Untersuchung habe sich eine gute Beweglichkeit im Bereich der Lendenwirbelsäule bei deutlich erkennbarer Selbstlimitierung gezeigt. Bezüglich der stattgehabten Hirnverletzung hätten sich bei der Untersuchung keine Auffälligkeiten erkennen lassen. Beim Beschwerdeführer bestehe ab dem Untersuchungstag (12. April 2012) wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit folgender Zumutbarkeitsbeurteilung: Zumutbar seien wechselbelastende mittelschwere Tätigkeiten, ohne längere Zwangshaltungen für den Rücken, ohne das Tragen und Heben von Lasten selten bis 20 Kilogramm und repetitiv bis 10 Kilogramm sowie ohne unerwartete asymmetrische Belastungseinwirkungen. Die noch vorhandenen Beschwerden im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule seien unfallkausal. Nicht unfallkausal seien – unter Verweis auf die ausführliche neurologische Begutachtung – die an gegebenen Kopfschmerzen. 3.3

Dr. Z.____

erstattete der S uva am 24. April 2013 im Anschluss an eine psychiatrische Untersuchung seine psychiatrische Stellungnahme (Urk. 6 /48/27-44). Dr. Z. ___ führte aus, der Beschwerdeführer habe zwar leicht gedrückt und missgestimmt gewirkt, aber auch ausweichend und eher diffus in seinen Angaben. Er habe bei der Diskussion zum weiteren aktiven Vorgehen in Richtung Arbeitsmarkt argumentativ vor allem die Schmerzen in den Vordergrund gestellt. In Bezug auf seine innere Verstimmung habe er vor allem von einer Missstimmung („typischerweise als « Nervosität » bezeichnet in diesem Kulturkreis“) berichtet, dies mit Bezug auf Schmerzen und die soziale Situation mit Anbindung ans Fürsorgeamt, Schulen und andere Belastungsfaktoren. Es handle sich um eine wahrscheinlich um einiges verdeutlichend vorgebrachte, aber normalpsychologisch verstehbare Missstimmung in einer eher perspektivenarmen Situation. Er habe zweifellos mit seinen nun unfallbedingt bestehenden Einschränkungen im Zumutbarkeitsprofil hinsichtlich Rückenbelastung und seiner schlechten Ausbildung wenig gute Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Dass ihn dies belaste, sei schon klar. Andererseits bestünden keine einschlägigen eindeutigen depressiven Zeichen im Sinne einer relevant schweren depressiven Verstimmung oder Zeichen für eine posttraumatische Belastungsstörung. Auf jeden Fall sei ein Schweregrad der Verstimmung im Ausmass einer eigentlichen „depressiven Episode“ in keiner Weise gegeben. Im Vordergrund stünden hingegen mehr dysfunktionale Überzeugungen, schuldlos einen Unfall erlitten zu haben, weiterhin nicht schmerzfrei zu sein und die vielfache Ausführung dieser Umstände als Verhinderungsmotive, eine Arbeit suchen und finden zu können (S. 16).

Dr. Z. ___ gab an, die ganze maladaptive Art des Umgangs beim Beschwerdeführer, der in seinem Auftreten eher passiv, diffus und motivationsarm wirke, entspreche in recht typischer Weise dem, was man als sogenannte „Symptomausweitung“ bezeichne. Dies sei eine Bezeichnung für einen maladaptiv erlernten Umgang mit Schmerzen, der in Selbstlimitierung und damit Inkonsistenzen resultiere und ausgeweitete Folgen eines Schmerzleidens auf die soziale Funktionsfähigkeit bezeichnen solle. Es handle sich dabei jedoch nicht um eine eigentliche psychische Störung im Sinne einer psychiatrischen Diagnose, also keine F-Diagnose nach ICD-10, womit auch die Wertung dieser psychischen Verfassung im Sinne eines Krankheitswertes mit Einfluss auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit entfalle (S. 16).

Dr. Z. ___ bemerkte unter Hinweis auf die Definition der sogenannten neuendlichen Schmerzdiagnose F45.41 („chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren“), die seinerzeit in F. ___ gestellt worden sei, dass „unter dem Dach“ dieser Diagnose unterschiedliche Untergruppen bestünden, die einander nicht gleichgesetzt werden könnten. Insbesondere seien auch Schmerzpatienten mitgemeint, die ein solches dysfunktionales Bewältigungsmuster mit Inaktivität und Vermeidung zeigten. Aus dieser Sicht könne die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren bestätigt werden. Diese Diagnose sei jedoch aus psychiatrischer Sicht nicht invalidisierend. Sie entspreche auch eindeutig nicht einer typischen anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und im konkreten Fall stünden insbesondere auch dysfunktionale Einstellungen mit Aktivitätsvermeidung und Vermeidung von Übernahme von Verantwortung im Raum (S. 16).

E. 6

/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische sowie erwerbliche Abklärungen und holte unter anderem die Akten der S uva ein. Mit

Verfügung vom 15. November 2013 (Urk. 6/ 82/11-17)

sprach sie dem Versicherten rückwirkend eine vom 1. Juni 2011 bis 30. Juni 2012 befristete ganze Rente zu. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 16. Dezember 2013 (Urk. 6 /82/3-

E. 9

) wurde mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 12. Dezember 2014 (Urk. 6/ 87) insofern teilweise gut geheissen, als festgestellt wurde, dass Anspruch auf die ganze Rente bis 31. Juli 2012 bestand (Prozess IV.2013.01159). Auf die dagegen erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 8C_82/2015 vom 25. März 2015 nicht ein (Urk. 6 /90 ; vgl. dazu auch Urteil 8F_6/2015 vom 28. August 2015, Urk. 6/109).

E. 11

. Oktober 2016

(Urk. 6 /121)

meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus psychischer wie allenfalls auch aus somatischer Sicht erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/124 und Urk. 6/ 125) trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 22. November 2016 (Urk. 2) auf das Leistungsbegehren mangels Glaubhaftmachens einer wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht ein. 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 9. Januar 2017 Beschwerde (Urk. 1) mit den Anträgen, es sei die Verfügung der IV-Stelle vom 22. November 2016 aufzuheben und die Sache sei zur Abklärung des Anspruchs auf Invalidenleistungen zurück zuweisen (S. 2).

Die IV-Stelle beantragte am 7. Februar 2017 (Urk. 5) Abweisung der Beschwerde .

Am 3. März 2017 (Urk. 9) hielt der Versicherte an seiner Beschwerde fest, was der IV-Stelle am 6. März 2017 (Urk. 10) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 16

f.). Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren sei deshalb einerseits zwar zutreffend, andererseits müsse darauf hingewiesen werden, dass die Verwendung des Begriffs psychische „Faktoren“ darauf hinweise, dass es hier um Einflussfaktoren gehe, die eben nicht das Ausmass einer psychischen „Störung“ erreichten, dass hier also Einflussfaktoren weitgehend aus dem normalpsychologischen Spektrum einen Einfluss auf die Ausgestaltung und den Verlauf der Schmerzbeschwerden erlangt hätten (S. 17). Unter diese Diagnose fielen auch dysfunktional-vermeidende Strategien im Umgang mit Schmerzen, die in einer vorwiegend durch Passivität und Inkonsistenzen zu charakterisierenden Situation ausmündeten, gemeinhin auch als sogenannte „Symptomausweitung“ bezeichnet. Eine solche liege vor.

Dem Beschwerdeführer sei es aus psychiatrischer Sicht zweifellos zumutbar, aktiv zu werden. Es bestünden keine Einschränkungen der Zumutbarkeit über das Mass hinaus, was somatisch definiert worden sei (S. 17). 3.4

Das hiesige Gericht erwog hierzu im Urteil vom 12. Dezember

2014 (Urk. 6/87), dass die fachärztliche Stellungnahme von Dr. Z.____ sämtliche Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage erfülle. Es könne auf seine Einschätzung abgestellt werden, wo nach keine typische anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliege und in psychischer Hinsicht keine Einschränkungen der Zumutbarkeit über das Mass hinaus, was somatisch definiert worden sei, bestehe.

Entsprechend gelte das von Dr. E.____ aus orthopädischer Sicht formulierte Belastungsprofil, wonach der Beschwerdeführer seit dem 12. April 2013 wieder zu 100 % arbeitsfähig sei für wechselbelastende mittelschwere Tätigkeiten ohne längere Zwangshaltungen für den Rücken, ohne das Tragen und Heben von Lasten selten bis 20 Kilogramm und repetitiv bis 10 Kilogramm und ohne unerwartete asymmetrische Belastungswirkungen. Das Gericht ging davon aus, dass dem

Beschwerdeführer

ab dem 12. April 2013 eine rückenangepasste Tätigkeit wieder zu 100 % zumutbar war (E. 4.5 und E. 3.6). 4. 4.1

Mit der Neuanmeldung vom

11. Oktober 2016 (Urk. 6 / 121) legte der Beschwerdeführer folgende medizinische Berichte vor: 4.2

Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, und pract. med. H.____, Assistenzärztin, von der Y.____, wo sich der Beschwerdeführer vom 14. Oktober 2015 bis zum 8. Januar 2016 auf Zuweisung von Dr. B.____

in ambulanter Behandlung (Tagesklinik) befand, nannten in ihrem Abschlussbericht vom 9. März 2016 (Urk. 6/120/1-2) folgende Diagnosen (S. 1): - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Differentialdiagnostisch: Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.2) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40)

Sie berichteten zum Psychostatus, der Beschwerdeführer sei wach,

bewusstseinsklar, allseits orientiert. Im formalen Denken sei er geordnet gewesen, im Grübeln mittelgradig, leichte

Konzentrations- und Aufmerksamkeitsschwierigkeiten hätten vorgelegen, die Merkfähigkeit

sei intakt gewesen. Es hätten keine Hinweise auf

Befürchtungen und Zwänge, keine Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen festgestellt werden können. Zu verneinen sei ein wahnhaftes oder

halluzinatorisches Erleben. Im Affekt sei er mittelgradig bis schwer deprimiert

und leidend gewesen sowie im Antrieb mittelgradig

reduziert. Psychomotorisch sei er ruhig, aber innerliche Spannung sei stark vorhanden gewesen. Ein- und

Durchschlafstörungen seien mittelgradig vorhanden gewesen. Es sei eine Auseinandersetzung mit der aktuellen Problematik, nämlich den jahrelangen Schmerzen, der Tagesmüdigkeit mit Konzentrationsschwierigkeiten und den Überforderungen im Alltag als Familienvater erfolgt. Zu Beginn der Therapie in der Tagesklinik habe sich der

Beschwerdeführer eher zurückgezogen, leicht misstrauisch, sichtlich nervös und hoffnungslos präsentiert. Im Laufe seines Aufenthalts habe sich eine leichte Besserung der depressiven Symptomatik sowie im Bereich der Alltagsbewältigung eingestellt. Trotz dieser Ergebnisse sei er weiterhin sehr belastet durch seine Schmerzen und familiären Probleme. Aus diesem Grund sei er momentan nicht motiviert für einen Wiedereinstieg in die Arbeit und nach dem Austritt für andere Therapien (S. 2). 4.3

Dr. B.____, bei welchem sich der Beschwerdeführer seit 5. März 2015 in ambulanter Behandlung befindet, führte in seinem Bericht vom 10. Juni 2016 (Urk. 6/120/3-5) aus, wie bei allen chronischen Erkrankungen sei es immer wieder zu Schwankungen des psychischen Zustandes beim Beschwerdeführer gekommen. Seit 2010 leide er unter chronischen starken Kopfschmerzen in Form eines druckartigen und bohrenden Kopfschmerzes, Rückenschmerzen stärker lumbal seit dem Wirbelsäulentrauma mit instabiler Fraktur Lendenwirbelkörper 1 mit nachfolgender Implantation eines internen Fixateurs im Brust-/Lendenwirbelkörper Bereich, gefolgt von zunehmender Angstproblematik und erheblichem Leidensdruck. Diese Schmerzen hätten sich im weiteren Verlauf generalisiert und seither sei er nie mehr schmerzfrei gewesen (S. 1). Aus dem Querschnittsbefund und dem chronologischen Krankheitsverlauf mit durch das Leiden bedingten Funktionseinschränkungen ergebe sich folgendes Beschwerdebild: depressive Stimmungslage, Antriebsverminderung, Durchschlafstörungen und Alpträume (geprägt von Nachhallen an den erlebten Autounfall) und demzufolge die Ermüdbarkeit über den Tagesverlauf. Zudem bestehe eine chronische Belastungssituation mit dem inneren Gefühl des Gestresstseins, daraus resultierten affektive Beschwerden mit Gedankenkreisen, Bedrücktheit mit Freudeverlust. Tagsüber bestehe ein ständiger Zustand der Erschöpfung, das Konzentrationsvermögen sei herabgesetzt, der Antrieb vermindert und er beklage ein Rückzugsverhalten (S. 2).

Der Initiativmangel zeige sich in Form von Überwindungsanstrengungen zur Bewältigung alltäglicher Verpflichtungen, so dass insgesamt die Kriterien für die Diagnose-Stellung einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Störung gegeben seien. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung beeinflusse aufgrund des Schmerzerlebens die affektive Störung (Depression), das heisse, diese stehe in unmittelbarer Wechselwirkung mit derselben. Die Depression werde demnach negativ durch die Schmerzstörung beeinflusst, deshalb könnten die Diagnosen nicht isoliert betrachtet, sondern müssten in deren gemeinsamen Kontext beurteilt werden.

Die störungsbedingten Funktionsdefizite führten zu Beeinträchtigungen in allen Alltagsbereichen (sozial, beruflich, Freizeit). In der Gesamtschau ergebe sich ein chronischer Verlauf der Depression, wodurch die Funktionseinschränkungen bestünden. Demnach lasse sich aus der Psychopathologie, der Anamnese und der Verlaufsbefunden eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit durch die störungsbedingten Funktionsdefizite begründen (S. 3). 4.4

Dr. C.____, welcher den Beschwerdeführer auf Zuweisung von Dr. rer. nat. I.____, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, neuro-otologisch untersuchte, führte in seinem Bericht vom 27. Juni 2016 (Urk. 6/120/6-10)

aus, noch stünden die Schmerzsymptomatik mit panvertebralen Schmerzen und beidseitigen Cervico-Cephalgien sowie die beeinträchtigende kognitiv-mnestische Symptomatik

im Vordergrund. Seit dem Unfall leide der Beschwerdeführer an fluktuierenden Schwindelbeschwerden, vor allem bei schnelleren Kopf- und Körperbewegungen, Aufstehen und bei visuellen Reizen (S. 1). Obwohl die posttraumatische Schwindelsymptomatik des Beschwerdeführers vom Beeinträchtigungsgrad hinter der Schmerzsymptomatik stehe, spiele sie in Bezug auf den Handicapierungsgrad für die Aktivitäten des täglichen Lebens eine wichtige Rolle (S. 5). 4.5

Dr. D.____

führte in ihrem Bericht vom 20. Juli 2016 (Urk. 6/120/11-12) aus, aktuell vom Unfall geblieben seien chronische Schmerzen zervikozephal, thorakolumbal sowie im Bereich der linken Schulter.

Es bestehe der dringende Verdacht auf eine Funktionsstörung im Bereich der zervikalen Facettengelenke. Entsprechend wäre hier der weitere Schritt, durch Medial Branch Blocks im Bereich der oberen Facettengelenke eine weitere Ursachenklärung der klinischen Ausfallsymptomatik herbeizuführen. Gegebenenfalls könne mit entsprechenden Infiltrationen diesbezüglich eine anhaltende Linderung erzielt werden. 4.6

In ihrem Bericht vom 4. August 2016 (Urk. 6/120/13-14) führte Dr. D.____

aus, dass sie sich der Einschätzung der Sozialversicherung an, dass beim Beschwerdeführer seit April 2012 eine volle Arbeitsfähigkeit für wechselnd belastende mittelschwere Tätigkeiten bestehe, nicht anschliessen könne (S. 1). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit wäre mit einer zunächst diagnostischen und dann im Weiteren therapeutischen Behandlung der Verletzung der zygoapophysialen

Gelenke der oberen Halswirbelsäule sicherlich eine Verbesserung zu erreichen. Die Wiederherstellung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit halte sie auf Grund der multiplen anderen Einschränkungen, in erster Linie wegen der Wirbelsäulenverletzung mit Stabilisierung, für eher unrealistisch (S. 2). 5. 5.1

5.1.1

Die von den Y.____-Ärzten

(vgl. E. 4.2) und Dr. B.____ (vgl. E. 4.3) beschriebene Symptomatik und Befunde finden sich in Ausprägung und Ausmass bereits in den Arztberichten, welche der ursprünglichen Beurteilung zugrunde lagen.

Die abweichende Diagnosestellung (mittelgradige depressive Episode und anhaltende somatoforme Schmerzstörung) ändert daran nichts. So beschrieben die Ärzte der Rehaklinik

F.____ in ihrem Bericht vom 20. April 2011 (Urk. 6/27) die im Vordergrund stehenden Lendenwirbelsäule- und Kopfschmerzen sowie Konzentrationsschwächen und die Chronifizierung der Kopfschmerzen und berichteten, dass der Beschwerdeführer gute Heilverläufe nicht annehmen konnte, da er trotz positivem Befund Schmerzen verspüre sowie dass er sich selbst als nicht arbeitsfähig erachte. Zudem habe er über Lärmempfindlichkeit geklagt und seine Stimmung als wieder schlechter geworden beschrieben, er grübele viel und habe beirrt, er wache in der Nacht ab und zu auf (vgl. S. 2 f. und S. 5).

Suva-Versicherungsmediziner

Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie FMH, verwies am 13. März 2012 auf die nicht ohne Weiteres erklärbare Diskrepanz zwischen dem objektivierbaren guten Heilverlauf und dem subjektiven Beschwerdebild des Versicherten (Urk. 6/37/60-62 S. 1). Gegenüber Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie FMH, schilderte der Beschwerdeführer, dass er seit dem Unfall unter ständigen Schmerzen (Kopfschmerzen, Schmerzen an der Wirbelsäule, Dauerschmerzen an der Schulter) leide, wobei die Intensität der Kopfschmerzen wechselnd sei und zwischen 4 und 8/10 VAS schwankten und er nicht überzeugt sei von der Wirkung der Schmerzmittel (vgl. Urk. 6/37/69-75 S. 3 f.). Dr. med. L.____

vom Inselspital berichtete am 15. März 2013 (Urk. 6/48/23-24) von einem ausgeweiteten Schmerzsyndrom aufgrund der typischen Symptomatik mit paroxysmalen Schmerzen mit Ausstrahlung bis in den Hinterkopf. Dr. Z.____ berichtete am 24. April 2013 (Urk. 6/48/27-44), dass der Beschwerdeführer ihm gegenüber in der Kontaktaufnahme matt und ohne Spannkraft gewirkt habe, bezüglich der anstehenden Arbeitssuche sei er schlapp, ratlos bis gleichgültig gewesen und habe insgesamt eine gedämpfte bis leicht gedrückte Stimmung gehabt ohne höhergradige Depressivität, sondern sei mehr missmutig und pessimistisch gewesen. Der Beschwerdeführer habe ihm gegenüber angegeben, er sehe keine Möglichkeiten für sich auf dem Arbeitsmarkt angesichts seiner Schmerzen. Insgesamt fühle er sich nicht genügend sicher, arbeiten gehen zu können, sehe eine Schmerzüberwindung einfach nicht als gangbar an. Er habe die schlechte physische Verfassung geschildert und sich als schnell nervös, unzufrieden mit der Situation und gestresst durch seine Situation der Finanzen, durch das Sozialamt und anderes mehr

bezeichnet. Er fühle sich seit dem Unfall einfach kaputt, fühle sich in allem begrenzt (S. 11 f.). Er habe die ganze Zeit Schmerzen. Durch die Rückenschmerzen traue er sich nicht, auf den vierjährigen Sohn aufzupassen. Das Ganze sei eine Katastrophe und mit der Gesundheit stehe es schlimm. Er habe ferner Angst und fühle sich traurig. Nach Angaben des Beschwerdeführers gingen die Trauer und die Angst darauf zurück, dass es für ihn schwer zu akzeptieren sei, dass in seinem Kopf und Rücken Verletzungen stattgefunden hätten und er oft an den Rollstuhl denken müsse (S. 13 f.).

Damit decken sich die auf den Angaben des Beschwerdeführers beruhenden erhobenen Befunde von Dr. B.____ mit den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers gegenüber Dr. Z.____.

5.1.2

Nach dem Gesagten beschrieben weder die Y.____-Ärzte noch Dr. B.____ psychopathologische Befunde

oder einen Schweregrad der Symptomatik, die in ihrer Ausprägung oder im Ausmass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers glaubhaft machen. Z war

postulierte Dr. B.____, dass sich aus der Psychopathologie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit durch störungsbedingte Funktionsdefizite ergäbe. Inwiefern die einzelnen Funktionsdefizite die Arbeitsfähigkeit tatsächlich einschränken, legte er jedoch nicht dar, sondern führte lediglich aus, «die störungsbedingten Funktionsdefizite führen zu Beeinträchtigungen in allen Alltagsbereichen (sozial, beruflich, Freizeit)» (vgl. E. 4.3). Die Y.____-Ärzte äusserten sich nicht zur Arbeitsfähigkeit und statuierten lediglich, dass der

Beschwerdeführer momentan nicht motiviert sei für einen Wiedereinstieg in die Arbeit oder eine empfohlene Therapie (vgl. E. 4.2). Daraus ergibt sich nicht, inwiefern und gestützt auf welche neuen Befunde die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein soll. 5.1.3

Eine Veränderung des Gesundheitszustandes ist nach dem Gesagten nicht glaubhaft dargelegt (vgl. E. 1.2-4). Das Argument des Beschwerdeführers, dass nur schon der Umstand, dass er sich für eine therapeutische Massnahme entschieden habe, ein Indiz für eine Verschlechterung seines psychischen Zustands ist, verfährt nicht. 5.2

Was die somatischen Leiden angeht, handelt es

sich um posttraumatische Symptome aufgrund des Unfalles

2010, wie dies von Dr. C.____ und Dr. D.____ auch ausdrücklich erwähnt wurde. So spricht Dr. C.____ vom Unfallhergang und der posttraumatischen Symptomatik mit der «heute noch» im Vordergrund stehenden Schmerzsymptomatik und der «seit dem Unfall» bestehenden Schwindelbeschwerden (vgl. E. 4.4) und Dr. D.____ von «vom Unfall her gebliebenen» chronischen Schmerzen (vgl. E. 4.5). Diese bestanden in der Ausprägung bereits zum Zeitpunkt der Erstbeurteilung (vgl. Urk. 6/27, Urk. 6/30, Urk. 6/33/8-9, Urk. 6/37/44-52 S. 5 f., Urk. 6/37/60-62, Urk. 6/37/69-75,

Urk. 6/48/23-24, Urk. 6/48/56 und Urk. 6/48/67-68) und wurden in der

Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. November 2013 (Urk. 6/82/11-17) respektive im Urteil des hiesigen Gerichts vom 12. Dezember 2014 (Urk. 6/87) berücksichtigt. Auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. D.____, mit welcher sie dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestierte (E. 4.6), vermag eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund der somatischen Leiden nicht glaubhaft darzulegen, widerspricht sie doch der rechtskräftigen Einschätzung der «Sozialversicherungen» und zeigt sie nicht auf, inwiefern sich eine Veränderung ergeben haben soll. 5.3

Wie dargelegt (vgl. vorstehend E. 5.2) vermochte der Beschwerdeführer mit den im vorinstanzlichen Verfahren eingereichten Berichten (E. 4.2-E. 4.6) demnach keine rentenrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft zu machen.

Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuankündigung des Beschwerdeführers nicht eingetreten ist (vgl. E. 1.2-4). Die Beschwerde ist in der Folge abzuweisen. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe -
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 Bundesge
setzes 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 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

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 GräubMüller

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