

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00239 vom 30. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00239

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00239 du 30 mars 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00239 del 30 marzo 2020

Erwägungen

E. 1.1

Wurde eine Rente 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. 1.2

Nach Eingang einer Neuanschuldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Daher hat das Gericht die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs.

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 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 erstellen lassen. 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; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2).

E. 1.4

Mit Art. 87 Abs.

E. 1.5

Richtet sich die Beschwerde gegen einen Nichteintretensentscheid, hat das Gericht nur zu prüfen und darüber zu entscheiden, ob die Verwaltung zu Recht nicht auf das Leistungsbegehren eingetreten ist. Der richterliche Entscheid in der Sache hat damit allein

den formellen Gesichtspunkt des vorinstanzlichen Nichteintretens zum Gegenstand. Mit materiellen Anträgen hat sich das Gericht dagegen nicht zu befassen (BGE 121 V 159 E. 2b, 116 V 266 E. 2a, SVR 1997 UV Nr. 66 S. 225 E. 1a). 2.

E. 2

6. März 2019

(Urk. 1) Beschwerde mit den

sinngemässen Anträgen (S. 2), auf das Begehren sei einzutreten und die angefochtene Verfügung aufzuheben und eine Invalidenrente auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um unentgeltliche Rechtspflege. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 9. Mai 2019 (Urk. 10) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 13. Mai 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). Mit Gerichtsvorfügung vom 14. August 2019 (Urk. 17) wurde die

unentgeltliche Prozessführung gewährt und das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung abgewiesen. Am 17. Oktober 2019 reichte der Beschwerdeführer eine weitere Unterlage ein (Urk. 22). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) damit, dass sie die (Renten-) Leistungen am 2. April 2015 eingestellt habe. Am 3. Juli 2018 sei ein neues Gesuch eingegangen. Um dieses prüfen zu können, hätte sich die medizinische Situation wesentlich geändert haben müssen. Solche Veränderungen seien nicht festgestellt worden, weshalb sie auf das Gesuch nicht habe eintreten können. Im Einwand vom 4. Februar 2019 sei beantragt worden, auf das Leistungsgesuch sei einzutreten. Der Einwand sei jedoch mit Bezugnahme auf alte Arztberichte aus der Zeit vor der Begutachtung im Jahr 2014 begründet worden und es würden keine neuen medizinischen Tatsachen vorliegen (S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), er habe sich am 3. Juli 2018 bei der Beschwerdegegnerin angemeldet und als Beweismittel einen ärztlichen Bericht von Dr. med. Z.____

vom 26. November

2018 und einen Bericht der A.____ vom 10. September 2018 sowie verschiedene Sprechstundenberichte der Universitätsklinik

B.____

eingereicht (S. 3). Diese Berichte seien nicht berücksichtigt worden und er sei vor Erlass der Verfügung auch nicht angehört worden (S. 4).

Damit sei der Sachverhalt unvollständig und unrichtig festgestellt worden (S. 5).

E. 3

IVV ist stets die letzte anspruchsverneinende Verfügung (BGE 133 V 108 E. 4.1 und E. 5.2), mithin die gerichtlich rechtskräftig bestätigte Leistungseinstellungsverfügung vom 2.

April 2015 (Urk. 11/167 , vgl. Sachverhalt Ziffer 1.1; E. 1.1).

E. 4

Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.80) - anamnestisch Status nach Rückenkontusion am 22.04.2001

E. 4.1

Im Gutachten des Y. ___ vom 21. Oktober 2014 (Urk. 11/150), basierend auf allgemeinen internistischen, psychiatrischen, orthopädischen, neurologischen, neuropsychologischen und viszeralchirurgischen Untersuchungen

wurde keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, ohne Einfluss wurden folgende Diagnosen genannt (S. 22): 1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) 2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - chronische Unterbauchschmerzen ohne erkennliche organische Ursache (ICD-10 R10.3) 3. Status nach Handverletzung der dominanten rechten Seite am 22.04.2001 (ICD-10 T92.8/M79.60) - kein objektiver Hinweis für länger dauernde Schonung dieser Extremität

E. 4.2

Die psychiatrische Untersuchung ergab, dass sich der Beschwerdeführer wegen Schmerzen, die er auf das Unfallereignis zurückführe, nicht mehr arbeitsfähig fühle. Das Ausmass der Beschwerden und die Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, liessen sich durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivieren, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Diagnostisch handle es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Es beständen psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren mit einem Migrationshintergrund beziehungsweise einem auch in den Akten dokumentierten Flüchtlingsgeschick, einer chronischen Beschwerdesymptomatik nach einem Unfallereignis, die sich bis heute nicht gebessert habe, einer früheren in der Schweiz angelernten Tätigkeit im Reinigungsdienst und einer nun angespannten finanziellen Situation durch die Abhängigkeit vom Sozialamt. Er lebe nun alleine, getrennt von der Familie in einem Zimmer vom Sozialamt. Die Belastungsfaktoren seien deutlich ausgeprägt und drückten sich im Sinne der Abwehr auch in den Schmerzen aus. Zusätzlich bestehe diagnostisch eine leichte depressive Episode. Diese sei gekennzeichnet durch die Kriterien gemäss ICD-10 der leichten depressiven Verstimmungen, erhöhten Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen. Die depressiven Verstimmungen zeigten sich beim Beschwerdeführer vor allem auch in rascher aggressiver Gemüthsstimmung, was bei Männern mit Depressionen nicht selten sei. Es bestehe ein chronischer Verlauf, aber auch eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Die Prognose sei deshalb ungünstig (S.

10).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die leichte depressive Episode wirke sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Der Explorand sei nicht suizidal und leide nicht unter schweren Konzentrationsstörungen, die eine körperlich angepasste und seinen Fähigkeiten entsprechende praktische Tätigkeit, wie auch die angestammte Tätigkeit im Reinigungsdienst nicht zumutbar erscheinen liessen. Es bestehe ein chronischer Verlauf, aber keine schwere chronische somatische Erkrankung. Es bestehe auch kein schweres psychisches Leiden, das theoretisch therapeutisch nicht

günstig beeinflusst werden könne, wie eine psychotische Störung oder eine schwere Persönlichkeitsstörung. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf bei einer zwar entlastenden, aber missglückten Konfliktbewältigung sei nicht erwiesen. Ein schwerer sozialer Rückzug bestehe nicht. Die therapeutischen Möglichkeiten seien theoretisch nicht ausgeschöpft. Deutlich auffällige Persönlichkeitszüge für die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden nicht und gegen diese Diagnose spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit. Daher könne es dem Exploranden trotz der geklagten Beschwerden aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, einer seinen körperlichen Einschränkungen angepassten und seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit ganztags und ohne Leistungseinschränkung nachzugehen (S. 10 f.).

Der Explorand fühle sich überhaupt nicht mehr arbeitsfähig und begründe dies vor allem mit seinen Schmerzen, die er auf das Unfallereignis zurückführe. Dazu müsse vor allem auch aus somatischer Sicht Stellung genommen werden. Im Untersuchungsgespräch habe er aber ruhig sitzenbleiben können und die Anamneseerhebung sei möglich gewesen. Er habe die lebensgeschichtlichen Ereignisse in der zeitlichen Abfolge richtig angegeben, wenn er sich auch an die Lebensdaten oft nicht genau habe erinnern können. Er habe gute Kontakte in seinem Umfeld angegeben. Er sei sonst bezüglich der Lebensführung selbständig, finanziell aber vom Sozialamt abhängig. Er habe auch angegeben, seit dem Unfallereignis 2001 unter sexuellen Funktionsstörungen zu leiden. Er habe aber Kinder, die nach den Akten 2008 und 2010 geboren seien, somit könnten diese Störungen nicht schwer ausgeprägt sein. Es bestehe eine hausärztliche Behandlung, auch mit antidepressiver Medikation. Er habe angegeben, Medikamente einnehmen zu müssen. Am Untersuchungstag habe er diese aber nicht bei sich gehabt. Er habe also darauf auch verzichten können (S. 11).

E. 4.3

Zu den somatischen Untersuchungen fassten die Gutachter zusammen, bei der orthopädischen Untersuchung sei ein chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom im Vordergrund gestanden. Für die Hand- und Rückenbeschwerden nach dem Unfall habe sich keine wesentlich objektivierbare pathologische Ursache gefunden. Zumindest 3 von 5 Waddell-Zeichen seien positiv gewesen. Aus orthopädischer Sicht bestehe für körperlich leichte bis zumindest mittelschwere Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der neurologischen und neuropsychologischen Untersuchung seien keine pathologischen Befunde festgestellt worden. Die Arbeitsfähigkeit des Exploranden sei weder aus neurologischer noch aus neuropsychologischer Sicht beeinträchtigt. Bei der viszeralchirurgischen Untersuchung hätten sich regelrechte Befunde nach Transversalisplastik beidseits gefunden. Hinweise für ein Hernienrezidiv hätten nicht bestanden. Die chronischen Unterbauchbeschwerden könnten organisch nicht erklärt werden. Aus viszeralchirurgischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Exploranden nicht eingeschränkt. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung sei eine arterielle Hypertonie diagnostiziert worden. Die medikamentöse Behandlung sei ungenügend. Die Arbeitsfähigkeit werde dadurch aber nicht beeinträchtigt (S. 23).

Gestützt darauf führten die Gutachter aus, der Explorand sei aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte bis zumindest mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig. Für die früher ausgeübte Tätigkeit im Restaurant sei

medizinisch gesehen keine wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit erkennbar (S. 23 f.).

E. 4.4

Unter Berücksichtigung der zum relevanten Zeitpunkt anwendbaren « Standardindikatoren» (vgl. BGE 141 V 281

E. 3.6 und E. 6; BGE 141 V 585 E. 5. 3) kam das hiesige Gericht im Urteil vom 10. Oktober 2016

sodann zum Schluss, die anhaltende somatoforme Schmerzstörung stelle in Übereinstimmung mit den Schlussfolgerungen im Gutachten vom 21. Oktober 2014 unter Berücksichtigung des nicht ausgeprägten funktionellen Schweregrades sowie der verschiedenen Inkonsistenzen beziehungsweise Aggravationstendenzen und der mangelnden Compliance keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (E. 5.5.6). Es stehe fest, dass der Beschwerdeführer in der angestammten sowie in jeder leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit vollzeitlich arbeitsfähig sei (E. 5.6). 5.

E. 5

Status nach Transversalisplastik beidseits ohne Hinweise auf Hernien rezidiv (ICD-10 K40.20)

E. 5.1

Da der Beschwerdeführer mit der Neuanmeldung vom 29. Juni 2018 (Urk. 11/193) keine Unterlagen zur Glaubhaftmachung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingereicht hatte, wurde er von der IV-Stelle mit Einscheiden vom 6. Juli 2018 aufgefordert, aktuelle Beweismittel nachzureichen, welche sich zu einer allfälligen Veränderung seines Gesundheitszustandes seit Erlass der letzten Verfügung zu äussern hätten; gleichzeitig wies die IV-Stelle darauf hin, dass auf das Gesuch ansonsten nicht eingetreten würde (Urk. 11/194; vgl. auch E. 1.4).

E. 5.2

Innert angesetzter Frist wurden die folgenden Arztberichte eingereicht:

E. 5.2.1

Im MRI der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 16. Januar 2018 (Urk. 11/195/5-6) führte die zuständige Radiologin aus, es bestünde eine multisegmentale Degeneration der HWS und eine Spinalkanalstenose mit Myelopathie auf Höhe HWK 4/5. Eine osteodiskäre

neuroforaminale Enge sei rechts im Segment HWK 2/3 vorhanden und beidseits in den Segmenten HWK 3/4, 4/5, 5/6, 6/7 sowie rechts im Segment HWK 7/BWK 1. Im T2-MRI zeige sich eine hyperintense, keilförmige pontine Läsion und als Differentialdiagnose (DD) ergebe sich ein Virchow-Robin-Raum, DD ein älterer Infarkt. An der LWS zeige sich eine progrediente Degeneration mit leichter Spinalkanalstenose

auf Höhe LWK 3/4 sowie eine neuroforaminale Enge beidseits im Segment LWK 4/5 sowie auf LWK 5/SWK 1.

E. 5.2.2

Im Bericht der Universitätsklinik B.____ vom 23. Januar 2018

über die Sprech stunde vom 1 6. Januar 2018

(Urk. 11/195/3-4) wies der zuständige Arzt auf die Verlaufskontrolle nach notfallmässiger Konsultation und nach durchgeführter MRI-Bildgebung der HWS und LWS hin. D er Beschwerdeführer

berichte seit einem Arbeitsunfall in der Küche mit einem verbundenen Sturz 2004 über chro nische lumbale und zervikale Schmerzen. Es bes tehe ein regelrechtes Gangbild und es sei von einer chronischen Zervikalgie und Lumbalgie bei multiplen seg mentalen degenerativen Verände rungen auszugehen. Zum Zeitpunkt der Konsul tation könne keine klare radiku läre Beschwerdesymptomatik abgegrenzt werden und es sei daher die Durch führung von Physiotherapie zur Kräftigung der Nack en- und Rumpfmuskulatur empfohlen worden und es werde eine ent spre chende Ver ordnung abgegeben.

E. 5.2.3

Im Bericht vom 21.

Juni

2018 über die Sprechstunde vom 1 9. Juni

2018 (Urk. 11/195/1-2) nannten die Ärzte der Universitätsklinik B.____

die folgenden Diagnosen: 1.

Subacromiale Bursitis und AC- Gelenksarthropathie beidseits rechts >links 2. Chronische Zervikalgie bei - multisegmental er Degeneration der HWS, multiplen osteodiskalen

neur o foraminalen Engen beidseits 3 . Chronische Lumbalgie bei - multisegmentaler Degeneration der LWS mit leichter Spinalkanalstenose L3/4 und leichten neuroforaminalen Engen L4/5 und L5/S1 beidseitig 4. Arteriel le Hypertonie A aufgrund der sich präsentierenden Klinik sei von einer Bursitis subacromialis und einer AC- Gelenksarthropathie aus zugehen . Mit dem Beschwerdeführer seien die möglichen therapeutischen Optionen diskutiert und entsch i e den worden, dass die orale analgetische Therapie fortgeführt werde und aufgrund schlechter subjek tiver Erfahrungen mi t vorhergehenden Infiltrationen sei auf solche verzichte t worden . Es wurde festgehalten, s oll ten sich die Beschwerden in den nächsten Wochen nicht legen, werde

der Beschwerdeführer si ch bezüglich Reevaluation einer sequenziellen AC-Gelenks - und subacromialen I nfiltration de r rechten Seite melden. Es sei eine Kontrolle in drei Monaten vereinbart worden. Medizinisch-theoretisch sollte bei obengenannter Diagno se auf eine schulterbelastende Tätig keit verzichtet werden.

E. 5.2.4

Dr. med. M. Sc.

ETH C.____ , Facharzt FMH für Neurologie , Psychiatrie und Psycho therapie und M. Sc. D.____ führten im Bericht

über ein Quantitatives EEG und Kognitiv Evozierter Potentiale vom 2 8. August 2018 aus (Urk. 11/202/1-10), es bestehe ein normales EEG ohne Herdbefund und epileptische Potentiale. Bei den Verhaltens parametern des « GO/ NoGO » Tests ergäben sich massive Abwei chung en. Das quan titative EEG zeige keine Neuromar ker für Abweichungen und bei den KEPs sei qualitativ eine limbische Überaktivierung zu finden. Aussagen seien

jedoch nur bedingt möglich, da der Beschwerdeführer massiv viele Fehler beim Konzentrationstest machte und qualitativ seien Änderungen zu finden, wie sie zu einer Angststörung passten (S. 10).

E. 5.2.5

Im Bericht vom 10. September 2018 (Urk. 11/202/12-13) führt e

Dr. C.____

aus, die Zuweisung sei durch Dr. Z.____ zur neuropsychologischen und psychiatrischen Abklärung bei Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung mit Verdacht auf Retraumatisierung im Rahmen eines Unfalls in der Schweiz erfolgt. Der Beschwerdeführer berichte von seinen Schmerzen, der Niedergeschlagenheit und den Konzentrationsstörungen. Auf Nachfrage bestätige er, dass er im Kongo im Gefängnis gewesen und gefoltert worden sei. Er sei angespannt und ängstlich und Polizisten verunsicherten ihn. Auch habe er sich wie auf der Anklagebank gefühlt, als er im Rahmen der IV-Begutachtung abgeklärt worden sei. Der Beschwerdeführer sei 1999 in die Schweiz gekommen, habe 2001 einen Unfall erlitten und von 2005 bis 2015 eine IV-Rente gehabt. Diese sei ihm nach einer Begutachtung aberkannt worden.

Unter Beurteilung und Prozedere hielt der Arzt fest, er schliesse sich der (von Dr. Z.____) genannten Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung an. Nach ICD-10 seien alle Kriterien erfüllt, inklusive Flashbacks und Hyperarousal. Da der Beschwerdeführer beim Unfall einen elektrischen Schlag erlitten habe, sei auch von einer Retraumatisierung auszugehen, da er im Kongo gefoltert worden sei.

E. 5.3

Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin hielt in seiner Aktenbeurteilung vom 11. Oktober 2018 (Urk. 11/203/3-4) zur Frage, ob die eingereichten medizinischen Unterlagen eine Veränderung des Gesundheitszustandes belegten Folgendes fest: Ein exakter Vergleich der aktuellen Diagnosen und klinischen Befunde (Uniklinik B.____) mit den im orthopädischen Teil-Gutachten von 2014 berichteten, sei nicht möglich, weil damals bei der Begutachtung der Beschwerdeführer eine ausgeprägte Incompliance mit Verweigerung anamnestischer Angaben, Verweigerung der Mitarbeit und mit sogar ausdrücklicher Behinderung bei der körperlichen Untersuchung gezeigt habe. Die aktuell genannten psychiatrischen Diagnosen von Dr. C.____ seien bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung aktenkundig bekannt gewesen und seien dementsprechend auch im psychiatrischen Teil-GA ausführlich diskutiert, jedoch eben nicht gutachterlich bestätigt worden. Dies habe vor allem die Diagnose "posttraumatische Belastungsstörung" betroffen. Zusammenfassend seien aus versicherungsmedizinischer Sicht keine neuen oder bislang unbekanntem medizinischen Tatsachen ausgewiesen. 6.

E. 6

Verdacht auf gastroösophagealen Reflux (ICD-10 K21.9)

E. 6.1

Die im Neuanmeldungsverfahren aufgelegten Berichte der Universitätsklinik B.____

und die bildgebenden Untersuchungen äussern sich nicht zu einer wesentlichen Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse auf orthopädischem Fachgebiet seit dem

ablehnenden Leistungsentscheid vom 2. April 2015. Solche sind auch nicht ausgewiesen, denn dem Radiologen lagen zum Vergleich lediglich ein MRI aus dem Jahr 2003 vor und er wies auf eine seitherige progrediente Degeneration der LWS hin.

Solche degenerative Veränderungen an der HWS in Form einer breitbasigen Diskusprotrusion auf HWK4/5/6/7 ohne klare Hinweise für eine Neurokompression waren aber bereits anlässlich der bildgebenden Abklärungen bei der polydisziplinären Abklärung im

Y.____

bekannt und wurden im Gutachten vom 21. Oktober 2014 berücksichtigt

(vgl. Urk. 11/150 S. 14 unten). So dann zeigte auch die

Untersuchung im B.____

nach wie vor keine radiologisch abgrenzbare Beschwerdesymptomatik

und dementsprechend empfahlen denn auch die Ärzte des B.____s lediglich die Durchführung von Physiotherapie zur Kräftigung der Nacken- und Rumpfmuskulatur. Die diagnostizierte subacromiale Bursitis und AC-Gelenksarthropathie

erachteten die Ärzte mittels oraler analgetischer Therapie behandelbar und allenfalls bei Persistenz der Beschwerden mittels Infiltrationen angebar. Eine Dringlichkeit wurde aber auch hier nicht gesehen,

so dass

eine Kontrolle erst nach drei Monaten vorgesehen wurde. Dass der RAD der Beschwerdeführerin daraus aus orthopädischer Sicht nicht auf die Glaubhaftmachung einer wesentlichen Änderung schloss, ist damit begründet und nachvollziehbar.

In psychiatrischer Hinsicht wurde die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung bereits im psychiatrischen Teilgutachten des Y.____ diskutiert und verworfen (vgl. Urk. 11/150 S. 11, S. 24) und diese Auffassung im hiesigen Urteil vom 10. Oktober 2016 als überzeugend bestätigt (vgl. E. 5.4 des Urteils, Urk. 11/185/15). Sodann schloss sich der behandelnde Dr. C.____ in diesem Zusammenhang auch lediglich einer Verdachtsdiagnose der behandelnden Hausärztin Dr. Z.____ an, welche ihrerseits lediglich die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgeführt

hatte. Dass es sich dabei insgesamt um nichts Neues handelte, sondern die Hausärztin im Interesse ihres Patienten eine Neubeurteilung des bisherigen Sachverhaltes verlangte, wurde auch damit zum Ausdruck

gebracht, dass sie die Ansicht vertrat, dass die polydisziplinäre Abklärung im Y.____, namentlich in psychiatrischer Hinsicht, mangelhaft gewesen sei und sie deshalb die erneute IV-Anmeldung unterstütze (vgl. Urk. 3/6).

E. 6.2.1

Im Grundsatz wird seitens der behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers denn auch gar nicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht. Vielmehr ist Kern der Kritik die Verneinung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung im

Rahmen der rechtskräftigen Rentenaufhebung vom 2. April 2015. Dies mit der Begründung, der Beschwerdeführer sei im Kongo gefoltert worden. Dr. C.____ hielt hierzu fest, die Diagnose einer PTBS sei (bislang) nicht gestellt worden, weshalb man dem Beschwerdeführer diagnostisch nicht gerecht geworden sei. Eine erneute versicherungsmedizinische Untersuchung sei aus seiner Sicht indiziert (E. 5.2.5).

E. 6.2.2

Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer bislang nie von Folter erlebnissen berichtet hatte. So findet sich auch anlässlich der Begutachtung kein entsprechender Hinweis des Beschwerdeführers vermerkt. Im Gegenteil wurde von den Experten die fragliche Diagnose gerade mit dem Hinweis verneint, es fehle an einem Erlebnis wie Folter (Urk. 11/150 S. 11).

E. 6.2.3

Sollte diese Annahme falsch sein und darüber hinaus eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultieren, wäre das rechtskräftige Urteil des hiesigen Gerichts vom 6. Dezember 2016 (Urk. 11/185) allenfalls falsch. Dabei ergäbe sich folgendes:

Gemäss Art. 61 lit. i des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) muss die Revision von Entscheidungen wegen Entdeckung neuer Tatsachen oder Beweismittel oder wegen Einwirkung durch Verbrechen oder Vergehen gewährleistet sein. Nach § 29 lit. a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) kann gegen rechtskräftige Entscheidungen des Gerichts von den am Verfahren Beteiligten Revision verlangt werden, wenn sie neue erhebliche Tatsachen erfahren oder Beweismittel auffinden, die sie im früheren Verfahren nicht beibringen konnten.

E. 6.2.4

Vorliegend ist kein Revisionsgesuch eingegangen, weshalb es dem Gericht verwehrt ist, auf seinen Entscheidung zurückzukommen. Anzuführen bleibt, dass gemäss § 30 GSVGer das Revisionsgesuch innert 90 Tagen, von der Entdeckung des Revisionsgrundes an gerechnet, beim Gericht schriftlich einzureichen (Abs. 1) ist. Sollen bereits vorgebrachte Tatsachen mit neuen Beweismitteln bewiesen werden, hat die gesuchstellende Partei sodann darzutun, dass sie die Beweismittel im früheren Verfahren nicht beibringen konnte (Oberholzer, in: Seiler/von Werdt/Günther/Oberholzer, Stämpfli Handkommentar zum Bundesgerichtsgesetz, Bern 2015, Art. 123 N 10; vgl. auch Vock, in: Spühler/Aemisegger/Dolge/Vock, Bundesgerichtsgesetz Praxiskommentar, 2. Auflage, Zürich/St. Gallen 2013, Art. 123 N 3). Dass diese Voraussetzungen (zeitlicher und qualitativer Aspekt) gegeben sein könnten, ist angesichts der Umstände eher unwahrscheinlich. Dem Beschwerdeführer war seine Biographie bekannt, er hat sie aber im letzten Verfahren nicht entsprechend geschildert.

E. 6.2.5

Wie dem auch sei, so führen diese Umstände nicht zur Glaubhaftmachung einer Veränderung des medizinischen Sachverhaltes.

E. 6.3

Zusammenfassend ist

damit seit vorangegangener rechtskräftiger Leistung ein Stellung mit umfassenden medizinischen Abklärungen eine Veränderung des medizinischen Sachverhaltes nicht

glaubhaft gemacht. Bei der geschilderten Sach- und Rechtslage erweist sich die Beschwerde damit als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

E. 7

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) und ermessensweise auf Fr.

E. 8

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Prozessführung verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen 2.

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

4 GSVGer hingewiesen.

3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Alfred Ngoyi

Wa Mwanza - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle unter Beilage einer Kopie von Urk. 22 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber GräubNef

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