

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00744 vom 7. Juli 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-07-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00744

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00744 du 7 juillet 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00744 del 7 luglio 2008

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1977, ohne Ausbildung, reiste am 2. Mai 2008 von Syrien in die Schweiz ein und besitzt seit dem 12. August 2011 einen Ausweis F für vorläufig aufgenommene Ausländer (Urk. 6/31). Am 23. Mai 2008 meldete er sich erstmals unter Hinweis auf eine seit 1994 bestehende Querschnittslähmung bei der Invalidenversicherung zum Bezug von beruflichen Massnahmen und einer Rente an (Urk. 6/2/1, Urk. 6/2/7, Urk. 6/17). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 7. Juli 2008 ab unter Hinweis auf die fehlenden versicherungsmässigen Voraussetzungen (Urk. 6/6). Ein Gesuch um Hilfenentschädigung wies sie mit Verfügung vom 21. Mai 2015 mangels Hilflosigkeit ab (Urk. 6/40).

Aufgrund der Neuanmeldung für Rentenleistungen und berufliche Massnahmen vom 21. Juni 2016 (Urk. 6/41) klärte die IV-Stelle die erwerbliche Situation ab und holte Berichte der behandelnden Ärzte und des Therapeuten (Urk. 6/51/1-4, Urk. 6/52/1-6) sowie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 21. November 2016 (Urk. 6/53/4) ein. Nach ergangenem Vorbescheid (Urk. 6/54) wies sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 9. Februar 2017 erneut ab (Urk. 6/55). Zur Begründung führte sie wiederum an, die versicherungsmässigen Voraussetzungen seien nicht erfüllt (Urk. 6/55/1 f.).

X.____ meldete sich erneut am 30. Juli 2018 für die Ausrichtung einer Rente und von beruflichen Massnahmen an (Urk. 6/65) und am 28. August 2018 stellte er ein Gesuch für ein Hilfsmittel in Form eines Elektrorollstuhls (Urk. 6/67). Mit Verfügung vom 1. November 2018 trat die IV-Stelle auf das Gesuch für eine Rente nicht ein mit der Begründung, dass sich hinsichtlich der versicherungsmässigen Voraussetzungen für diese Leistung seit der letzten Verfügung vom 9. Februar 2017 nichts geändert habe (Urk. 6/78). Am 2. Mai 2019 hiess sie das Gesuch für den Kostenbeitrag für einen Elektrorollstuhl gut (Urk. 6/91).

Daraufhin stellte X.____ am 28. Juni 2019 wieder ein Gesuch um Gewährung von beruflichen Massnahmen und einer Rente (Urk. 6/92). Nach der Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 6/95) trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. September 2019 auf das Gesuch mit der Begründung nicht ein, er habe keine Änderungen beruflicher oder medizinischer Art geltend gemacht oder belegt (Urk. 2, Urk. 6/99).

E. 1.1

Versichert nach Massgabe des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind Personen, die gemäss den Art. 1a und 2 des Bundesgesetzes über die Alters- und

Hinterlassenversicherung (AHVG) obligatorisch oder freiwillig versichert sind (Art. 1 b IVG). Obligatorisch versichert nach dem AHVG sind unter anderem die natürlichen Personen, die ihren Wohnsitz in der Schweiz haben oder in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben (Art. 1a Abs. 1 lit. a und b AHVG).

E. 1.2

Gemäss Art. 6 Abs. 2 IVG sind ausländische Staatsangehörige, vorbehaltlich Art. 9 Abs. 3 IVG, nur anspruchsberechtigt, solange sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) in der Schweiz haben und sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben.

E. 1.3

Nach Art. 4 Abs. 2 IVG gilt die Invalidität als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruches auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat. Dieser Zeitpunkt ist objektiv aufgrund des Gesundheitszustandes festzustellen; zufällige externe Faktoren sind unerheblich (BGE 112 V 275 E. 1b). Er beurteilt sich auch nicht nach dem Zeitpunkt, in dem eine Anmeldung eingereicht oder von dem an eine Leistung gefordert wird und stimmt nicht notwendigerweise mit dem Zeitpunkt überein, in welchem die versicherte Person erstmals Kenntnis davon bekommt, dass der Gesundheitsschaden Anspruch auf Versicherungsleistungen geben kann (BGE 126 V 5 E. 2b mit Hinweisen; AHI 2002 S. 147 E. 3a). Aus Art. 4 Abs. 2 IVG ergibt sich, dass der Eintritt der Invalidität für die einzelnen Leistungen der Invalidenversicherung autonom zu bestimmen ist (sog. leistungsspezifische Invalidität). Dabei sind die rechtlichen Vorgaben zu berücksichtigen, die sich aus Art. 4 Abs. 1 IVG (in Verbindung mit Art. 8 ATSG) ergeben. Folglich begründet der Gesundheitsschaden für jede Leistungsart je einen eigenen Versicherungsfall (BGE 112 V 275; vgl. auch BGE 137 V 417 E. 2.2.3, 126 V 241 E. 4).

E. 1.4

Der Rentenanspruch ist entstanden bei Eintritt der Invalidität einer Person. Die Invalidität gilt bei einer Rente als eingetreten, sobald die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 87 Abs. 3 IVV).

E. 1.5

Wurde ein Rentenanspruch in einem früheren Zeitpunkt verneint, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich in einer für den Anspruch erheblichen Weise seither eine Änderung ergeben hat (Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV).

Zur Frage des Bedeutungsgehalts des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV hat das Bundesgericht in BGE 130 V 64 E. 5.2.5 festgehalten, dass die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch oder der Neuanschuldung die massgeblichen Tatsachenänderungen 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 ATSG, Art. 57 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).

Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung somit 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. Die Verwaltung hat daher erst dann gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 ATSG, Art. 57 IVG in Verbindung mit Art. 69 ff. IVV), wenn sie auf das Leistungsbegehren eingetreten ist.

Unter Glaubhaftmachen im Sinne von Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein mass gebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweis anforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsänderung nicht erstellen lassen. Bei der Prüfung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind, berücksichtigt die Verwaltung unter anderem, ob seit der rechtskräftigen Erledigung des letzten Leistungsgesuchs lediglich kurze oder schon längere Zeit vergangen ist; je nach dem sind an die Glaubhaftmachung einer Änderung des rechtserheblichen Sachverhaltes höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundes gerichts 9C_236/2011 vom 8. Juli 2011 E. 2.1.1 mit Hinweisen). Insofern steht der Verwaltung ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grunds ätzlich zu respektieren hat (BGE 109 V 108 E. 2b; Urteil des Bundesgerichts I 888/05 vom 7. Juni 2006 E. 2).

E. 1.6

Wenn die versicherte Person ihrem Neuanmeldegesuch keine Beweismittel bei legt, hat ihr die IV-Stelle eine angemessene Frist anzusetzen, um solche einzu reichen, verbunden mit dem Hinweis, dass ansonsten auf das erneute Leistungs begehren nicht eingetreten werden könne. Das Gericht legt bei einem Nicht ein treten der Verwaltung seiner Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5, Urteil des Bundesgerichts 8C_196/2008 vom 5. Juni 2008).

E. 1.7

Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Ände rung des Invaliditätsgrades bildet bei der Neuanmeldung die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht. Demgemäss sind die Verhältnisse bei Erlass der strittigen Verwaltungsverfügung mit denjenigen im Zeitpunkt der letzten materiellen Abweisung zu vergleichen (BGE 130 V 64 E. 2, 130 V 71 E. 3, 133 V 108 E. 5.2 und E. 5.4). 2.

E. 2

X.____ erhob am 16. Oktober 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 24. September 2019 (Urk. 2) und beantragte sinngemäss, diese sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten (Urk. 1). Der Beschwerde legte er medizinische Berichte der Y.____ vom 6. März 2019 (Urk. 3/2), des Z.____ vom 6. Januar 2017 (Urk. 3/3), 26. Januar 2018 (Urk. 3/4) und vom 25. Februar 2019 (Urk. 3/7) und zwei weitere Berichte vom 16. Oktober 2019 der dipl. Ärztin

A.____ (Urk. 3/6) und von med. pract . B.____ , Facharzt für Allgemein medizin (Urk. 3/5) bei. Die IV-Stelle ersuchte mit Beschwerdeantwort vom 26. November 2019 (Urk. 5) um Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 9. Dezember 2019 (Urk. 9) reichte der Beschwerdeführer einen Auszug aus seinem individuellen Konto ein (Urk. 10), was der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 12. Dezember 2019 (Urk. 11) zur Kenntnis gebracht wurde. Mit Eingabe vom 20. Dezember 2019 (Urk. 12) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme dazu, was dem Beschwerdeführer am 6. Januar 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung vom 24. September 2019 (Urk. 2) auf den Standpunkt, es sei keine wesentliche Änderung der beruflichen oder medizinischen Situation ausgewiesen. Insbesondere hätten keine neuen Diagnosen oder Befunde festgestellt werden können, weshalb auf das neue Gesuch vom 1. Juli 2019 nicht eingetreten werden könne (S. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 26. November 2019 erklärte die Beschwerdegegnerin ergänzend, das Gesuch des Beschwerdeführers sei mit Verfügung vom 9. Februar 2017 abgewiesen worden, weil die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt gewesen seien. Seit Erlass dieser Verfügung habe sich keine anspruchrelevante Änderung dieses Sachverhaltes ergeben (Urk. 5).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer bringt demgegenüber im Wesentlichen vor, er sei seit dem Jahre 1994 querschnittsgelähmt. Dieser Zustand werde sich nicht mehr ändern. Allerdings habe sich seine gesundheitliche Situation – aus näher dargelegten Gründen – wesentlich verschlechtert (Urk. 1). In der Replik fügte er bei, dass er für die Jahre 2013-2018 die AHV bezahlt habe. Er halte sich seit über 10 Jahren in der Schweiz auf und erfülle damit die Bedingungen für die Invalidenversicherung (Urk. 9). 3. 3.1

Die Rechtskraft von Entscheiden über Dauerleistungen im Bereich der Sozialversicherung, unter anderem Renten der Alters- und Invalidenversicherung, ist grundsätzlich zeitlich unbeschränkt. Sie erfasst die Anspruchsvoraussetzungen ebenso wie die Faktoren der Leistungsbemessung, soweit sie im Entscheidzeitpunkt abgeschlossene Sachverhalte, wie etwa die versicherungsmässigen Voraussetzungen, betreffen. Es liegt insofern eine abgeurteilte Sache (res

iudicata) im Rechtssinne vor. Die betreffenden Anspruchsvoraussetzungen und Leistungsbe messungsfaktoren können daher vorbehältlich einer prozessualen Revision oder Wiedererwägung des rechtskräftigen Entscheids (Art. 53 Abs. 1 und Art. 61 lit . i bzw. Art. 53 Abs. 2 ATSG) nicht bei jeder neuen Bezugsperiode in Frage gestellt und geprüft werden, es sei denn, das Gesetz sehe ausdrücklich eine andere Regelung vor, wie etwa im Bereich der Ergänzungsleistungen. Anders verhält es sich mangels sachlicher Identität bei einem neuen Versicherungsfall, beispielsweise wenn zur ursprünglichen gesundheitlichen Beeinträchtigung eine davon völlig verschiedene Gesundheitsstörung hinzugetreten ist und zu einer Erhöhung des Invaliditätsgrades geführt hat (vgl. BGE 136 V 369 E. 3.1.1 mit zahlreichen Hin weisen, v gl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_294/2013 vom 20. August 2013 E. 4). 3.2

Aus der im Streit liegenden Verfügung vom 24. September 2019 geht hervor, dass die Beschwerdegegnerin betreffend das Leistungsbegehren einer IV-Rente einen Nichteintretensentscheid fällte (Urk. 2). Streitgegenstand bildet damit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente unter dem Gesichtspunkt der versicherungsmässigen Voraussetzungen. Diese Frage bildete bereits Gegenstand der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. Februar 2017. Damals verneinte die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit der Begründung, dass der Beschwerdeführer bereits seit dem Jahre 1994 – und damit bereits seit seiner Einreise in die Schweiz – arbeitsunfähig sei, weshalb die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt seien (Urk. 6/55/2). Im plötzlichen Moment stellte sich die Beschwerdegegnerin damit auf den Standpunkt, dass der Gesundheitsschaden bereits vor der Einreise in die Schweiz bestanden hatte und der Beschwerdeführer daher bei Eintritt des Versicherungsfalles (Rente) nicht mindestens ein Jahr Beitragszeit oder einen Aufenthalt von mehr als 10 Jahren in der Schweiz (Art. 6 Abs. 2 IVG) beziehungsweise drei Jahre Beitragszeit (Art. 36 Abs. 1 IVG) als Anspruchsvoraussetzung für eine ordentliche Rente habe aufweisen können (vgl. Urk. 6/55/2). Diese Verfügung blieb unangefochten. Da die Frage des Erfüllens der versicherungsmässigen Voraussetzungen bei Eintritt der Invalidität einen im Zeitpunkt der Verfügung vom 9. Februar 2017 abgeschlossenen Sachverhalt betrifft, erwuchs dieser unangefochten gebliebene Entscheid auch in Bezug auf das Begründungselement der versicherungsmässigen Voraussetzungen in Rechtskraft. Er hat damit für das vorliegende Verfahren bindende Wirkung, was im Übrigen selbst dann gelten würde, wenn das damalige Erkenntnis rechtsfehlerhaft gewesen wäre (BGE 136 V 369 E. 3.2).

In der darauffolgenden Verfügung vom 1. November 2018 trat die Beschwerdegegnerin auf das erneute Leistungsbegehren (Rente und berufliche Massnahmen) ohne weitere Prüfung der Sachlage nicht ein (Urk. 6/78), weshalb dieser Entscheid keinen Vergleichszeitpunkt im vorliegenden Fall darstellt.

Zu prüfen bleibt damit einzig, ob – wie der Beschwerdeführer unter Hinweis auf neue Erkrankungen mit Verschlechterung des Gesundheitszustandes sinngemäss geltend macht – von einem neuen Versicherungsfall (Rente) auszugehen ist, in welchem Falle ihm die Rechtskraft der Verfügung vom 9. Februar 2017 nicht entgegengehalten werden könnte (vgl. E. 3.1 hiervor). 4. 4.1

Med. pract. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Hausarzt des Beschwerdeführers, stellte in seinem Bericht vom 18. Juni 2015 folgende Diagnosen (Urk. 6/51/6): - Sensomotorisch inkomplette Paraplegie (sub. Th4) bei Status nach BWK3-Fraktur infolge einer Schussverletzung aus dem Jahre 1994 in Syrien, konservativ behandelt - Autonome Dysregulation mit Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörung - Detrusorüberaktivität mit Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie - Status nach Blasensteinentfernung am 9. November 2011

Dazu ergänzte er, aufgrund der psychischen Situation (vor allem aufgrund einer Posttraumatischen Belastungsstörung) gehe der Beschwerdeführer regelmässig zur Gesprächstherapie. Der Beschwerdeführer sei bis auf Weiteres 100 % arbeitsunfähig (Urk. 6/51/6). 4.2

In ihrem Bericht vom 4. Oktober 2016 (Urk. 6/52/1-6) stellte Dr. med. C.____, Fachärztin für Paraplegiologie, Z.____, dieselben Diagnosen und hielt fest, diese hätten Auswirkung

auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/52/1). Dazu ergänzte sie, der Beschwerdeführer sei geh- und stehunfähig und zur Fortbewegung auf einen manuellen Rollstuhl angewiesen. Die Blasen- und Darmfunktionen seien beeinträchtigt und es bestünden rezidivierende Überlastungsbeschwerden der oberen Extremitäten (Urk. 6/52/1). Die Rumpfstabilität sei beeinträchtigt und der beidseitige Gebrauch der oberen Extremitäten sei dadurch nur limitiert möglich. Zudem bestehe eine neurogene Skoliose, längeres Sitzen führe zu Rückenschmerzen. Die Paraplegie werde lebenslang fortbestehen. Mit zunehmender Lähmungsdauer sei mit paraplegiespezifischen Folgeerscheinungen zu rechnen (progrediente Skoliose, Schulterbeschwerden, Verschlechterung der neurogenen Blasenfunktionsstörung, Urk. 6/52/2).

Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit erklärte Dr. C.____, grundsätzlich sei es denkbar, dass bei einer Paraplegie ein 50-60%iges Arbeitspensum (seit 2012, vgl.

Urk. 6/52/5) möglich sei. Ein höheres Pensum werde aufgrund des erhöhten Zeitbedarfes in den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie der Notwendigkeit der regelmässigen Therapien beziehungsweise des Eigentrainings zum Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit meist nicht toleriert. Paraplegiespezifische Begleitbeschwerden und Schmerzen würden sich oft limitierend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (Urk. 6/52/3). Inwiefern eine verwertbare Arbeitsfähigkeit vorliege, müsste in einer ambulanten beruflichen Abklärung evaluiert werden (Urk. 6/52/4). 4.3

D.____, delegierter Psychotherapeut, Praxis med. pract. B.____, nannte in seinem Bericht vom 29. August 2016 als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Schlafstörungen und eine rezidivierende leichte depressive Episode (Urk. 6/51/1). Dazu ergänzte D.____, die psychosoziale Gesprächstherapie solle stabilisierend wirken und einer Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens entgegenwirken. Die Toleranz des Beschwerdeführers solle erhöht werden, damit er seine Behinderung akzeptieren könne (Urk. 6/51/1 f.). Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit erklärte D.____, der Beschwerdeführer sei in einer angepassten Tätigkeit für Rollstuhlfahrer zu 40-50 % arbeitsfähig, wobei die Arbeit immer wieder durch Pausen unterbrochen werden sollte, da körperliche Einschränkungen bestünden. Vor der Schussverletzung in Syrien sei der Beschwerdeführer ebenfalls arbeitsfähig gewesen (Urk. 6/51/4). 4.4

Der Arzt des RAD, Dr. med. univ. E.____, Facharzt für Neurologie, erklärte in seiner Stellungnahme vom 21. November 2016, medizinisch-theoretisch könne die Fähigkeit zur Teilnahme an beruflichen Massnahmen ab einem Jahr nach dem Unfallereignis angenommen werden (Urk. 6/53/4). Am 14. Dezember 2016 ergänzte er sodann, die Invalidität des Beschwerdeführers sei im Jahre 1994 eingetreten (Urk. 6/53/4). 4.5

Aus diesen medizinischen Berichten schloss die Beschwerdegegnerin, dass sich im Vergleich zur vorangegangenen gesundheitlichen Situation keine Veränderung ergeben habe. Hinsichtlich des Rentenbegehrens sei der Eintritt der massgebenden Invalidität vor der Einreise in die Schweiz geschehen (Urk. 6/55). Sinn gemäss war sie somit der Auffassung, dass kein neuer Versicherungsfall seit der letzten Verfügung vom 7. Juli 2008 eingetreten war und noch immer die Folgen der Paraplegie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers massgeblich einschränkte; wie aus den eingereichten Unterlagen hervorgeht, wurde dem Beschwerdeführer keine realistische Arbeitsfähigkeit von über 50 % attestiert. 5. 5.1

Der Beschwerdeführer machte anlässlich der Neuanschuldung vom 28. Juni 2019 geltend, seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen beständen in der Querschnittslähmung, einer Traumatisierung, einer mittelgradigen depressiven Episode, Schlafstörungen, einer Reizbarkeit und Alpträumen (Urk. 6/92/6). Seiner Anmeldung legte er keine medizinischen Berichte bei. Die Beschwerdegegnerin erliess daraufhin umgehend am 24. Juli 2019 den Vorbescheid, in welchem sie das Nicht Eintreten mangels glaubhaft gemachter neuer Situation androhte (Urk. 6/95), und bereits am 24. September 2019 erging die entsprechende Verfügung.

Gemäss der zitierten Rechtsprechung wäre die Beschwerdegegnerin jedoch gehalten gewesen, dem Beschwerdeführer unter Androhung von Säumnisfolgen eine Frist anzusetzen, um ihm Gelegenheit zum Einreichen von medizinischen Unterlagen zu geben (BGE 130 V 64 E. 6.1). Indem sie dies unterlassen hat, sind im vorliegenden Beschwerdeverfahren sämtliche nachgereichten Akten zu berücksichtigen, die die gesundheitliche Situation bis zum Verfügungszeitpunkt vom 24. September 2019 dokumentieren und sie sind daraufhin zu untersuchen, ob mit ihnen im Vergleich zur Situation vom 9. Februar 2017 eine neue gesundheitliche Schädigung im Sinne eines neuen Versicherungsfalles glaubhaft gemacht wurde. 5.2.5.2.1

Der Beschwerdeführer bringt in der Beschwerde im Wesentlichen vor, dass eine wesentliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf seine Arbeitsfähigkeit bestehe, weil er im Januar 2019 einen Beckenbruch erlitten habe. Nachdem er 25 Jahre lang einen manuellen Rollstuhl bedient habe, seien seine Schultern zudem überbeansprucht und würden schmerzen. Daher habe er auch von der Invalidenversicherung einen Elektrorollstuhl erhalten. Ferner sei er psychisch stark angeschlagen. Dies aufgrund des ständigen Alleinseins, einer fehlenden beruflichen Tätigkeit, fehlenden Freizeitaktivitäten und fehlenden persönlichen Perspektiven. Ohne Lebensbegleitung sei seine depressive Stimmung so gross geworden, dass sein Therapeut ihm Antidepressiva verschreiben wolle. Er beantrage eine gesundheitliche Abklärung bei einem Vertrauensarzt der Invalidenversicherung (Urk. 1). 5.2.2

Neu ist die Diagnose des Beckenbruchs, den der Beschwerdeführer gemäss Bericht vom 6. März 2019 von Dr. med. F.____, Oberarzt Orthopädie, sowie Dr. med. univ. G.____, Assistenzarzt Orthopädie, beide Y.____, am 19. Januar 2019 beim Herausfallen aus dem Rollstuhl zusammen mit einer Schulterkontusion erlitten hatte. Allerdings zeigte sich sieben Wochen nach dem Unfall ein regelrechter Verlauf, bei welchem der Beschwerdeführer beschwerdearm und in gutem Allgemeinzustand war, obwohl die Fraktur noch nicht konsolidiert war. Die Ärzte führten auch aus, dass selbst wenn eine Pseudarthrose eintreten würde, diese vermutlich für den Beschwerdeführer wegen seiner Paraplegie asymptotisch wäre und auch therapeutisch keine Konsequenz hätte (Urk. 3/2). Auch Dr. med. H.____, Oberarzt Paraplegiologie im Z.____, beurteilte im Bericht vom 25. Februar 2019 den Beckenbruch des Beschwerdeführers. Er hielt einen guten Allgemein- und Rehabilitationszustand

fest und empfahl einzig die Fortsetzung der Physiotherapie und die Vermeidung extremer Seitwärtsneigungen (Urk. 3/7). Aus diesen Berichten ergibt sich somit aufgrund des Beckenbruchs keine dauerhafte neue gesundheitliche Schädigung mit erheblichen Konsequenzen für die Arbeitsfähigkeit, die als neuer Versicherungsfall zu betrachten wäre. 5.2.3

Aus den Akten ergibt sich im Weiteren, dass Dr. C.____ vom Z.____ am 26. Januar 2018 anlässlich der ambulanten Verlaufskontrolle vom 11. Januar 2018 folgende Diagnosen stellte (Urk. 6/76/6): - Sensomotorisch inkomplette Paraplegie (sub . Th4) bei Status nach BWK3-Fraktur infolge einer Schussverletzung aus dem Jahre 1994 in Syrien, konservativ behandelt - neurogene Skoliose (BWS rechtskonvex, LWS linkskonvex) - Spitzfusstendenz und Fehlstellung der Kleinzehe links mit rezidivierenden Druckstellen - Autonome Dysregulation mit Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörung - Detrusorüberaktivität mit Detrusor -Sphinkter- Dyssynergie - Status nach Blasensteinentfernung am 9. November 2011 - Rezidivierende Überlastungsschmerzen im Nacken-, Schulter-, und Armbe reich - Epicondylitis

humeri

ulnaris beidseits, Januar 2017 - Mittel- schwergradige restriktive Ventilationsstörung (November 2016)

Dazu hielt sie fest, der Beschwerdeführer berichte weiterhin über dauerhafte Schmerzen im oberen Rücken, Schultergürtel und Ellenbogenbereich, weshalb das Antreiben des Rollstuhls schwierig geworden sei. Insgesamt präsentiere sich der Beschwerdeführer in einem mehrheitlich stabilen Allgemein- und Rehabilitation s z u s t a n d. Trotz unterschiedlicher Therapiemassnahmen hätten die Überlastungs schmerzen der oberen Extremitäten bisher nicht in den Griff bekommen werden können (Urk. 6/76/6 = Urk. 3/4).

Der Hausarzt med. pract . B.____ stellte am 12. Juni 2018 dieselben Diagnosen wie in seinem Bericht vom 18. Juni 2015 und bescheinigte, dass der Be schwer deführer bis auf Weiteres 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 6/76/3). Anlässlich der Abklärung für den Elektrorollstuhl vom 17. September 2018 stellte er ferner fol gende neuen Diagnosen (Urk. 6/72/1): - Akute hämorrhagische Zystitis, Erstdiagnose (ED) August 2018 - Differentialdiagnose (DD) beginnende Pyelonephritis , DD im Rahmen

Selbstkatheterisierung - Urinkultur vom 6. August 2018: Gardnerella

vaginalis

Dazu hielt er fest, seit Januar 2018 hätten sich die Beschwerden im Bew e gungsapparat trotz zweimaliger Physiotherapie pro Woche massiv verschlechtert. Zudem hätten sich Analgetika und Antiphlogistika als therapieresistent erwiesen, wodurch sich die Epicondylitis weiterentwickelt habe. Durch den regelmässigen Gebrauch der Medikamente habe der Beschwerdeführer permanent Magenbe schwerden. Durch seine chronischen Beschwerden käme er mit einem gewöh n lichen Rollstuhl nicht mehr zurecht. Er müsse regelmässig in die hausärztliche Behandlung sowie zweimal pro Woche in die Ergotherapie (Urk. 6/72/1). Auf grund seiner Posttraumatischen Belastungsstörung und einer depressiven Ent wick lung gehe er auch regelmässig in die Gesprächstherapie. Zudem habe der Beschwerdeführer Druckdolenzen und -schmerzen an verschiedenen Stellen und die Schulterbeweglichkeit sei schmerzbedingt eingeschränkt (Urk. 6/72/2). Auf die Frage der Beschwerdegegnerin, ob seit der Einreise eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bestehe, erklärte med. pract . B.____ , dies sei noch offen (Urk. 6/72/1 f.).

In einem weiteren Bericht des Hausa rztes vom 16. Oktober 2019 schilderte er, die psychische Situation des Beschwerdeführers habe sich in den letzten Monaten so verschlechtert, dass die Abgabe von Antidepressiva diskutiert werde. Die depres siven Episoden hätten sich hin zu mittelschwer bis schwer verschlechtert (Urk. 3/5).

5.3 5.3.1

Was die somatischen Beschwerden anbelangt, so ist neben dem erwähnten Beckenbruch seit November 2016 eine mittel- bis schwergradige Ventilationsstörung aufgetreten. Diese ist gemäss Dr. C.____ ebenfalls eine Folge der Paraplegiologie und wurde untersucht, weil der Versicherte an chronischem morgendlichem Auswurf litt (Urk. 3/3 S. 2).

Diesbezüglich gilt es anzumerken, dass der Beschwerdeführer anlässlich der ambulanten Verlaufskontrolle bei Dr. C.____ vom 11. Januar 2018 keine lungenspezifischen Beschwerden beklagte. Namentlich gab er an, er sehe das Hauptproblem weiterhin in den dauerhaften Schmerzen im oberen Rücken, Schultergürtel und Ellbogenbereich (Urk. 6/76/6). Soweit aus den Akten ersichtlich ist, befindet sich der Beschwerdeführer denn auch nicht in lungenärztlicher Behandlung mit entsprechender Medikation. Derzeit sieht offenbar auch Dr. C.____ diesbezüglich keinen weiteren Handlungsbedarf, in dem sie statuierte, der Beschwerdeführer werde in einem Jahr erneut zur interdisziplinären Verlaufskontrolle aufgeboten (Urk. 6/76/7). Auch med. pract. B.____ erwähnt hauptsächlich die chronifizierten Schmerzen (Urk. 6/72/1). Eine Auswirkung der Ventilationsstörung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, welche zu einer Erhöhung des Invaliditätsgrades führen würde, ist damit nicht glaubhaft gemacht (BGE 136 V 369 E. 3.2).

Die neu diagnostizierten rezidivierenden Überlastungsschmerzen im Nacken-, Schulter- und Armbereich, die Epicondylitis

humeri

radialis rechts bzw. die Epicondylitis

ulnaris beidseits sowie die Spitzfusstendenz (Urk. 6/72/1 und Urk. 6/76/6) sind als Folgeerscheinungen zu werten, welche in unmittelbarem Zusammenhang mit der Paraplegie stehen. Dies hatte bereits Dr. C.____ in ihrem Bericht vom 4. Oktober 2016 festgestellt, indem sie erklärte, mit zunehmender Lähmungsdauer sei mit paraplegiespezifischen Folgeerscheinungen zu rechnen (progrediente Skoliose, Schulterbeschwerden, Verschlechterung der neurogenen Blasenfunktionsstörung, Urk. 6/52/2). Eine neue Gesundheitsstörung ist daher nicht ersichtlich, auch wenn sich die Situation gegebenenfalls gegenüber früher verschlechtert hat (BGE 136 V 369 E. 3.2). Daran ändert auch nichts, dass der Beschwerdeführer mittlerweile auf einen elektrischen Rollstuhl angewiesen ist, denn inwiefern dies seine Arbeitsfähigkeit beeinflussen würde, ist nicht ersichtlich.

5.3.3
Dass der Beschwerdeführer neben den somatischen Leiden auch an psychischen Gesundheitsstörungen leidet, ist ebenfalls keine neue Situation. Med. pract. B.____ berichtete schon im Vorfeld der Vergleichssituation im Jahr 2015 von einem seiner Ansicht nach vorhandenen Verdacht auf eine Posttraumatische Belastungsstörung (Urk. 6/51/6) und der Psychotherapeut D.____ sprach auch schon von einer leichten depressiven Episode (Urk. 6/51/3); deswegen befand sich der Versicherte schon damals in einer Gesprächstherapie. Auch wenn sich nun die depressive Situation verschlechtern sollte und eine antidepressive Medikation initiiert wurde, handelt es sich dabei ebenfalls nicht um einen neuen Versicherungsfall im Sinne der erwähnten Rechtsprechung. Demnach vermag der Beschwerdeführer nicht glaubhaft zu machen, dass seit der leistungsabweisenden Verfügung vom 9. Februar 2017 (Urk. 6/55) eine neue invalidisierende psychische Erkrankung aufgetreten ist.

5.4

Zusammengefasst konnte der Beschwerdeführer mit der Neuanmeldung vom 1. Juli 2019 (Urk. 6/92) nicht glaubhaft machen, dass sich sein Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 9. Februar 2017 (Urk. 6/55) in invalidenver sicherungsrechtlich relevanter Weise verändert hätte, so dass ein neuer Versicherungsfall eingetreten wäre. Bei dieser Sachlage ist keine ergänzende ärztliche Untersuchung angezeigt; die Beschwerdegegnerin ist damit zu Recht nicht auf sein neues Leistungsbegehren eingetreten. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IV G) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie 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 zugestellt. 3.

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

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

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

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

E. 6

ATSG) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % bleibend oder für längere Zeit erwerbsunfähig (Art.

E. 7

und 8 ATSG) ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_111/2019 vom 14. Juni 2019 E. 4.1).

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