

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00178 vom 7. März 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-03-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00178

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00178 du 7 mars 2003

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00178 del 7 marzo 2003

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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 kom menden 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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig

gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier teltelrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs.

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 Gesundheitszu standes festzustellen; zufällige externe Faktoren sind unerheblich (BGE 112 V 275 E. 1b). Er beurteilt sich auch nicht nach dem Zeitpunkt, in dem eine Anmel dung 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 innerhalb der Eingliederungsmassnahmen 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

Schweizerische und ausländische Staatsangehörige sowie Staatenlose haben gemäss Art.

E. 1.5

Der Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente der schweizerischen Invalidenversicherung setzt unter anderem voraus, dass die versicherte Person bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG).

Gemäss Art. 36 Abs. 2 IVG sind für die Berechnung der ordentlichen Invalidenrente die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) sinngemäss anwendbar; der Bundesrat kann ergänzende Vorschriften erlassen. Laut Art. 32 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Verbindung mit Art. 50 der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV) und Art. 29ter Abs. 2 AHVG liegt ein volles Beitragsjahr vor, wenn eine Person insgesamt länger als elf Monate im Sinne von Art. 1 oder 2 AHVG versichert war und während dieser Zeit entweder den Mindestbeitrag bezahlt hat (Variante 1) oder aber Beitragszeiten aufweist, in welchen der Ehegatte gemäss Art. 3 Abs. 3 AHVG mindestens den doppelten Mindestbeitrag entrichtet hat (Variante 2), oder für welche Erziehungs- oder Betreuungsgutschriften angerechnet werden können (Variante 3). 2.

E. 2

IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass der Beschwerdeführer

auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig sei . Ihre Abklärungen hätten jedoch ergeben, dass bereits vor seiner Einreise in die Schweiz eine volle Erwerbsunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen bestanden habe. Es könne daher weder eine mögliche Verschlechterung des bisherigen Leidens , noch das Auftreten einer neuen Diagnose berücksichtigt werden. Die versicherungsmässigen Voraussetzungen für IV-Leistungen seien daher nicht erfüllt (S. 2). In ihrer Beschwerdeantwort vom 21. April 2020 (Urk. 7) führte die Beschwerdegegnerin aus, dass der Versicherungsfall unbestritten vor Einreise in die Schweiz eingetreten sei. Aufgrund einer fehlenden Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt sei sie von einem 100%igen Invaliditätsgrad ausgegangen. Ob die neu diagnostizierte rezidivierende depressive Störung den Eintritt eines neuen Versicherungsfalles auszulösen vermöge , sei vorliegend nicht entscheidend (S. 1). Denn nur in Fällen, in denen noch eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit ausgewiesen sei und folglich eine Erhöhung des Invaliditätsgrads zu beurteilen wäre, sei allenfalls ein

Eintritt eines neuen Versicherungsfalls zu prüfen. Die bisherige Sehbehinderung habe aber bereits keine verwertbare Rest arbeitsf ähigkeit mehr zugelassen (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein (Urk. 1), dass die Beschwerdegegnerin eine neue Leistungsprüfung vorzunehmen habe. Wenn wegen Nichterfüllung der versicherungsmässigen Voraussetzungen vorangehend ein Leistungsanspruch abgelehnt worden sei und in der Folge eine völlig neue gesundheitliche Beeinträchtigung auftrete, sei der neu eingetretene Versiche rungsfall zu prüfen. Dies insbesondere dann, wenn infolge des vorbestehenden Leidens bei der Einreise eine angepasste Resterwerbsfähigkeit nicht gänzlich aus geschlossen werden könne . Da er inzwischen an weit mehr gesundheitlichen Beeinträchtigungen leide, welche erst in der Schweiz aufgetreten seien und wes halb er nun auch angepasst in keiner Weise mehr arbeitsfähig sei, habe die Beschwerdegegnerin den neu eingetretenen Versicherungsfall zu prüfen. Der neue Versicherungsfall wäre auch zu prüfen, wenn davon ausgegangen würde, das s er schon bei der Einreise in die Schweiz auf dem ersten Arbeitsmarkt angepasst gar nicht arbeitsfähig gewesen sei. Denn v orliegend sei ein neuer Versicherungsfall eingetreten, da er zwar mit einer Sehbehinderung eingereist sei , die psychischen Beschwerden jedoch erst in der Schweiz eingetreten seien (S. 5 f. Ziff. 2). Des Weiteren seien diverse somatische Erkrankungen hinzugekommen (S. 7

Ziff. 2). Da die Beschwerdegegnerin den in der Schweiz neu eingetretenen Versicherungs fall nicht berücksichtigt und diesbezüglich keine weiteren Abklärungen getroffen habe, habe sie ihre Untersuchungspflicht verletzt (S. 8 Ziff. 3).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat und ob diesbezüglich der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde. 3. 3.1

In ihrem Bericht vom 1 9. März 1998 (Urk. 8/12/3) diagnostizierte Dr. med. Y.____ , Fachärztin für Opht h almologie , massive Netzhautver änderungen im Sinne von alten Narben beidseits unklarer primärer Ätiologie (Ziff. 2). Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er seit zirka 10-11 Jahren nicht mehr sehen könne, wobei das rechte Auge schlechter sei als das linke. Es handle sich um ein vorbestandenes Leiden. Seit der Einreise in die Schweiz hätten sich keine Änderungen ergeben (Ziff. 1). Leider sei keine Behandlung möglich, weder durch Brille, noch durch Medikamente oder Operationen (Ziff. 3). 3.2

Dr. med. Z.____ , Facharzt für Opht h almologie, nannte in seinem Bericht vom 1 0. September 2008 (Urk. 8/33/7) chorioretinitische Narben am ganzen hin teren Pol (Ziff. 1). Es sei keine Behandlung möglich und der Zustand sei wahr scheinlich stabil (Ziff. 4-5). 3.3

Dr. med. A.____ , Facharzt für Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 5. Januar 2009 (Urk. 8/34/2) aus, dass der Beschwerdeführer weiterhin an beidseitiger Netzhauterkrankung mit an Blindheit grenzender Sehbehinderung leide. Eine Verbesserung des IV-relevanten Gesundheitsschadens seit 1998 sei ausgeschlossen. 3.4

Dr. Z.____

führte in seinem Bericht vom 15. Februar 2012 (Urk.

E. 6

IVG Anspruch auf Leistungen gemäss den nachstehenden Bestimmungen. Art. 39 bleibt vorbehalten (Abs. 1). Sieht ein von der Schweiz abgeschlossenes Sozialversicherungsabkommen die Leistungspflicht nur des einen Vertragsstaates vor, so besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn die von Schweizerinnen und Schweizern oder Angehörigen des Vertragsstaates in beiden Ländern zurückgelegten Versicherungszeiten nach der Zusammenrechnung einen Rentenanspruch nach dem Recht des andern Vertragsstaates begründen (Abs. 1 bis). Ausländische Staatsangehörige sind, vorbehaltlich Artikel 9 Absatz 3, nur anspruchsberechtigt, solange sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 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. Für im Ausland wohnhafte Angehörige dieser Personen werden keine Leistungen gewährt (Abs. 2). Bei Personen, die mehrere sich ablösende Staatsangehörigkeiten besessen haben, ist für die Leistungsberechtigung die Staatsangehörigkeit während des Leistungsbezugs massgebend (Abs. 3).

E. 6.1

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 auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

E. 6.3

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Nachdem die unentgeltliche Rechtsvertreterin

keine Honorarnote eingereicht hat, ist ihr Aufwand nach Ermessen festzulegen. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 185.-- zuzüglich Mehrwertsteuer ist die Parteientschädigung auf Fr. 1'800.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom

11. Februar 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der

Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Anna Willi, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Anna Willi - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 14 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Rami

E. 8

/38/5-8) aus, dass er den Beschwerdeführer seit Juli 1998 ambulant behandle. Der Visus sei seither beidseits gleichgeblieben. Er gehe davon aus, dass der Beschwerdeführer die gleichen Arbeiten wie bis anhin im privaten Haushalt verrichten könne (lit. a). Seit Jahrzehnten liege ein stabiler ophthalmologischer Befund vor (Ziff. 1.4). Arbeiten, die mit einem vollen Visus einhergehen würden, könne der Beschwerdeführer nicht ausführen. Alle Arbeiten, die mit einem Visus

von

0.05 Sehvermögen möglich seien, seien hingegen zumutbar (Ziff. 1.6-1.7). Bezüglich der Hilflosigkeit gab Dr. Z. ___ an, dass der Beschwerdeführer in unbekannter Umgebung im Freien eine regelmässige und erhebliche Hilfe benötige (Ziff. 6). 3.5

Dr. med. B. ___ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 21. Februar 2012 (Urk. 11/40), dass er den Beschwerdeführer seit 1998 ambulant behandle (Ziff. 1.2), und nannte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - hochgradige Sehbehinderung seit Kindheit - fixierter Strabismus divergen - Teillaminektomie bei engem Spinalkanal im Februar 2005 Es bestehe eine Langzeitarbeitsunfähigkeit im bisherigen Rahmen, da der Beschwerdeführer praktisch blind sei (Ziff. 1.6). Gemäss Dr. B. ___ könne mit der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit nicht gerechnet werden (Ziff. 1.9). 3.6

Am 8. März 2012 nahm Dr. A.____

(vorstehend E. 3.3) erneut Stellung zum medizinischen Sachverhalt (Urk. 8/44/2). Auch mit der aktualisierten fachärztlich-optimalen Beurteilung sei aus medizinischer Sicht an der Stellungnahme vom Januar 2009 festzuhalten. Der relevante Gesundheitsschaden werde sich nie mehr verbessern können. Trotzdem sei der Versicherte weiterhin zumindest medizinisch-theoretisch zu 100 % arbeitsfähig für leidensangepasste Blinden-Tätigkeiten. 3.7

Am 18. April 2012 erging eine Stellungnahme des Rechtsdienstes der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/46). Es wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer gemäss RAD-Stellungnahme vom März 2012 (vgl. vorstehend E. 3.6) für leidensangepasste Tätigkeiten, welche einen Visus von 0.05 zulassen würden, aus medizinisch-theoretischer Sicht als zu 100 % arbeitsfähig zu erachten sei. Diese Einschätzung gelte mit Sicherheit bereits seit Eintritt des Gesundheitsschadens. Vor diesem Hintergrund sei die mit Blick auf die Festsetzung der Ergänzungsleistungen vorgenommene Ermittlung eines Invaliditätsgrads von 100 % schlicht unhaltbar. Tatsächlich sei dieser IV-Grad alleine auf der Annahme einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit ermittelt worden, wobei gänzlich unbeachtet geblieben sei, dass der Beschwerdeführer in einer blinden angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit durchaus hätte erwerblich umsetzen können. Vor diesem Hintergrund sei die per 1. März 1989 vorgenommene Festsetzung des IV-Grades zweifellos falsch und im Resultat unhaltbar im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG. Da keine invalidenversicherungsrechtliche Leistungszusprache stattgefunden habe, erübrige sich eine Leistungsanpassung nach wiedererwägungsrechtlichen Grundsätzen (S. 1). 3.8

Am 4. Januar 2013 (Urk. 8/71/1) berichtete lic. phil. C.____, Psychotherapeut, dass er den Beschwerdeführer seit August 2012 ambulant psychotherapeutisch behandle (Ziff. 1). Als Diagnosen nannte er eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie eine mittelgradige depressive Episode mit diversen somatischen Symptomen (ICD-10 F32.1.1; Ziff. 2). Den Beschwerdeführer erachte er als nicht arbeitsfähig (Ziff. 3). 3.9

In der Stellungnahme des Rechtsdienstes der Beschwerdegegnerin vom 1. September 2013 (Urk. 8/84) wurde ausgeführt, dass entgegen der Stellungnahme vom April 2012 (vgl. vorstehend E. 3.7) eine Wiedererwägung vorliegend nicht möglich sei. Es sei zwar zutreffend, dass die Unterlagen betreffend die Arbeitsfähigkeit beim erstmaligen Entscheid über den Invaliditätsgrad nicht sehr umfangreich vorhanden gewesen seien, eine zweifellose Unrichtigkeit des damaligen Entscheids lasse sich daraus jedoch nicht ableiten. Auch der medizinische Dienst habe die Ansicht vertreten, dass bereits bei Einreise ein Gesundheitsschaden bestanden habe, der eine Arbeitsfähigkeit ausgeschlossen habe. Die beim Beschwerdeführer fehlenden blindentechnischen Fertigkeiten in Kombination mit den fehlenden Deutschkenntnissen seien bereits damals vorhanden gewesen und hätten zu einer nicht mehr vorhandenen Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt geführt. So seien zwar lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, fortgeschrittenes Alter und fehlende Sprachkenntnisse grundsätzlich invaliditätsfremd. In Kombination mit dem vorliegenden Gesundheitsschaden und den blindentechnischen Fertigkeiten sei jedoch davon auszugehen, dass selbst auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine Verwertbarkeit ausgeschlossen sei. 3.10

Im Bericht der Ärzte der integrierten Psychiatrie D.____, vom 14. Oktober 2019 über die Abklärungsuntersuchung vom 2. Oktober 2019 (Urk. 3/3) wurden die folgenden Diagnosen genannt (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen - langjähriger chronischer Verlauf - gelegentliches Stimmenhören mit imperativem Charakter, synthym (ICD-10 F33.3) - progrediente Erblindung - Beginn im 8.- 9. Lebensjahr, am ehesten nach Entzündung des Nervus

optivus - Sehbehinderung aktuell über 80 % - Status nach Lungenembolie - postoperativ im Januar 2019 - Status nach operativer Entfernung eines benignen abdominalen Tumors im Januar 2019 - Schlafapnoe - Adipositas Unter Berücksichtigung des klinischen Bildes und der vorliegenden anamnestischen Daten erfüllt der Beschwerdeführer aktuell die Kriterien nach ICD-10 für eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwergradiger Ausprägung und insgesamt chronischem Verlauf seit mehreren Jahren. Das beschriebene Stimmenhören sei in diesem Kontext am ehesten als synthymes psychotisches Symptom zu werten. Die Depression und psychotischen Symptome stünden sicherlich im Kontext der kulturellen Situation des Beschwerdeführers, der somatischen Beschwerden sowie der sozial schwierigen Lage mit finanziellen Sorgen. Zur Behandlung der chronisch-depressiven Symptomatik werde zum aktuellen Zeitpunkt unbedingt die Fortsetzung der ambulanten psychiatrischen Behandlung in Kombination mit der bereits begonnenen medikamentösen Behandlung empfohlen. Aufgrund der schweren depressiven Symptomatik mit erhöhter Suizidalität sei bei gegebener Absprachefähigkeit auch eine stationäre Behandlung auf einer Therapiestation indiziert (S. 3). 4. 4.1

Die Rechtskraft von Verfügungen und (Einsprache- oder Beschwerde-) Entscheidungen 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 Entscheidungszeitpunkt abgeschlossene Sachverhalte betreffen. Es liegt insofern eine abgeurteilte Sache (res

iudicata) im Rechtsinne vor. Die betreffenden Anspruchsvoraussetzungen und Leistungsbemessungsfaktoren können daher vorbehaltlich 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. Die vorstehenden Grundsätze gelten auch im Rahmen der Revision einer Dauerleistung im Sinne der Anpassung pro futuro an (nachträgliche) erhebliche Änderungen der tatsächlichen (und allenfalls rechtlichen) Grundlagen der ursprünglichen Leistungszusprechung (vgl. in Bezug auf die hier interessierenden Renten der Invalidenversicherung Art. 17 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 2 ATSG und Art. 1 Abs. 1 IVG). Damals bejahte Anspruchsvoraussetzungen und festgesetzte Leistungsbemessungsfaktoren, welche im Zeitpunkt der Verfügung oder des Einspracheentscheids abgeschlossene Sachverhalte betreffen, können zufolge Rechtskraft nicht erneut überprüft werden. Vorbehalten bleibt das Zurückkommen auf den ursprünglich leistungszusprechenden Entscheid unter dem Titel Wiedererwägung oder prozessuale Revision. Anders verhält es sich mangels sachlicher Identität bei einem neuen Versicherungsfall, das heisst bei Ablösung der bisherigen Rente durch eine neue Hauptrente, oder 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 Hinweisen).
4.2

Für die Umschreibung der Rechtskraft und der damit verbundenen Rechtsbeständigkeit eines den Anspruch auf eine Dauerleistung verneinenden negativen Entscheids muss auf die Begründungselemente zurückgegriffen werden. Betreffen diese, wie etwa die versicherungsmässigen Voraussetzungen, einen zeitlich abgeschlossenen, späteren Änderungen der Tatsachenlage nicht zugänglichen Sachverhalt, ist eine Überprüfung zufolge Rechtskraft ausgeschlossen, die Anspruchsberechtigung als solche mithin endgültig dahingefallen. Vorbehalten bleibt eine Änderung der den leistungsablehnenden Entscheid tragenden rechtlichen Grundlagen, oder wenn ein neuer Versicherungsfall im Sinne der Erhöhung des Invaliditätsgrades aufgrund einer von der ursprünglichen gesundheitlichen Beeinträchtigung völlig verschiedenen Gesundheitsstörung vorliegt (vgl. BGE 136 V 369 E. 3.1.2). 4.3

Da der Versicherungsfall hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geklagten Sehbeschwerden bereits vor der Einreise in die Schweiz eingetreten war, wies die Beschwerdegegnerin das erstmalige Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mangels Erfüllung der versicherungsmässigen Voraussetzungen mit Verfügung vom 7. März 2003 ab (Urk. 8/14).

Da die Frage des Erfüllens der versicherungsmässigen Voraussetzungen bei Eintritt der Invalidität einen im Zeitpunkt der Verfügung abgeschlossenen Sachverhalt betrifft, erwuchs dieser - unangefochten gebliebene - Entscheid auch in Bezug auf das Begründungselement der versicherungsmässigen Voraussetzungen in Rechtskraft (vgl. BGE 136 V 369 E. 3.1.1 -3.1.2 ; vorstehend E. 4.1-4.2). Er hat damit für das vorliegende Verfahren bindende Wirkung. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung vermag auch eine Verschlechterung des bereits bestehenden Gesundheitsschadens grundsätzlich keinen neuen Versicherungsfall zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C_93/2017 vom 30. Mai 2017 E. 4.2 und 9C_592/2015 vom 2. Mai 2015 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). Zusammenfassend ist

bezüglich der bereits vor der Einreise in die Schweiz eingetretenen ophthalmologischen Beschwerden die Anspruchsberechtigung als solche mithin endgültig verneint worden und eine erneute Überprüfung zufolge Rechtskraft

ausgeschlossen (vgl. vorstehend E. 4.1-4.2). Demzufolge bleibt auch eine allfällige nachträgliche Verschlechterung der Sehbeschwerden für die vorliegende Beurteilung des Rentenanspruchs unbeachtlich. 5. 5.1

Der Beschwerdeführer machte indessen geltend, seit seiner Einreise in die Schweiz seien neue psychische und somatische Beschwerden hinzugetreten, weshalb er nun auch angepasst in keiner Weise mehr arbeitsfähig sei. Die Beschwerdegegnerin habe daher den neu eingetretenen Versicherungsfall zu prüfen, dies insbesondere auch, da infolge des vorbestehenden Leidens bei der Einreise in der Schweiz eine angepasste Resterwerbsfähigkeit nicht gänzlich ausgeschlossen werden könne (vorstehend E. 2.2). Die Beschwerdegegnerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass der Beschwerdeführer bereits vor der Einreise in die Schweiz voll erwerbsunfähig gewesen sei, weshalb weder eine mögliche Verschlechterung des bisherigen Leidens, noch das Auftreten einer neuen Diagnose berücksichtigt werden könne (vorstehend E. 2.1). 5.2

Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustands liegt den Akten ein Bericht des behandelnden Psychologen lic. phil. C.____ vom Januar 2013 (vorstehend E. 3.8) bei, welcher als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine mittelgradige depressive Episode nannte , sowie ein Abklärungsbericht der behandelnden Ärzte der D.____ vom Oktober 2019 (vorstehend E. 3.10), welche eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, diagnostizierten. Den im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichten der Ärzte des Kantonsspitals E.____ vom Januar 2019 (Urk. 3/4, Urk. 3/5) , Dezember 2019

(Urk. 3/6) sowie vom Januar 2020 (Urk. 3/7) und dem Schreiben von Dr. med. F.____ (Urk. 3/8) sind ferner diverse somatische Diagnosen zu entnehmen . Es bleibt somit zu prüfen , ob

hinsichtlich der neu hinzugetretenen psychischen und somatischen Beschwerden auch bei einer vorbestehenden Arbeitsunfähigkeit von einem neuen Versicherungsfall auszugehen ist , welchem die Rechtskraft der Verfügung vom 7. März 2003 (Urk. 8/14) nicht entgegengehalten werden kann . 5.2

In BGE 136 V 369 E. 3.1.1 hielt das Bundesgericht fest , dass es sich insbesondere dann um einen neuen Versicherungsfall handelt , wenn zur ursprünglichen gesundheitlichen Beeinträchtigung eine davon völlig verschiedene Gesundheitsstörung hinzugetreten ist und zu einer Erhöhung des Invaliditätsgrades geführt hat (vorstehend E. 4.1-4.2) . Bei materieller Verschiedenheit der Invaliditätsursachen

entsteht gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts indessen ein neuer Versicherungsfall mit der Folge, dass die der ersten Ablehnungsverfügung zugrunde liegende fehlende Versicherteneigenschaft das neue Leistungsgesuch nicht präjudiziert (Urteile des Bundesgerichts 8C_93/2017 vom 30. Mai 2017 E. 4.2, 9C_592/2015 vom 2. Mai 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf Urteile 9C_36/2015 vom 29. April 2015 E. 5.1 am Ende und 9C_294/2013 vom 20. August 2013 E. 4, in: SVR 2013 IV Nr. 45 S. 138; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz . 138 zu Art. 4 IVG). Gemäss dem Urteil 9C_294/2013 vom 20. August 2013, bestätigt insbesondere mit den Urteilen 9C_36/2015 vom 29. April 2015 und 9C_697/2015 vom 9. Mai 2016 - auf welche für die vorliegende Beurteilung des Leistungsanspruchs im Folgenden näher einzugehen ist -

bleibt grundsätzlich auch im Falle einer bereits vorbestehenden Arbeitsunfähigkeit im Rahmen eines Leidens, hinsichtlich welchem die versicherungsmässigen Voraussetzungen seinerzeit nicht erfüllt waren, der Eintritt eines neuen Versicherungsfall aufgrund neu hinzugetretener Beschwerden unter den üblichen Voraussetzungen möglich (vgl. zum Ganzen auch Urteil des Bundesgerichts 9C_692/2018 vom 19. Dezember 2018).

5.3

Das Urteil des Bundesgerichts 9C_294/2013 vom 20. August 2013 betrifft eine Versicherte, welche 1991 als Asylbewerberin in die Schweiz kam . Im November 2003 meldete sie sich unter Hinweis auf seit mehreren Jahren bestehende psychische Beschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Die

IV-Stelle ging aufgrund der geklagten Beschwerden zwar von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit der Versicherten aus, wies das Leistungsbegehren im Dezember 2004 jedoch

mit der Begründung ab, dass sie bei Eintritt der Invalidität im August 1994

die versicherungsmässigen Voraussetzungen (Beitragspflicht) nicht erfüllt habe . Unter Hinweis auf ein toxisch- irritatives Handekzem meldete sie sich im September 2010 erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an, woraufhin der RAD sie

aufgrund psychischer und dermatologischer Beschwerden als zu 100 % arbeitsunfähig seit Januar 2010 erachtete . Das

erneute Leistungsbegehren wurde anschliessend mit der Begründung ab gewiesen , dass die Versicherte bereits seit 1994 vollständig und ununterbrochen arbeitsunfähig sei, weshalb kein neuer Versicherungsfall vorliege. Das kantonale Gericht hiess die Beschwerde der Versicherten gut und erwog , dass aufgrund des erneuten Krankheitsfalls (toxisch-irritatives Handekzem)

im Oktober 2009 eine neue 100%ige Arbeitsunfähigkeit begonnen habe, die unstreitig in keinem Zusammenhang mit der psychiatrischen Erkrankung stehe , sodass ein neuer Versicherungsfall zu bejahen sei . Sie wies die Sache an die IV-Stelle zurück, damit diese

prüfe , ob die Versicherte nach Ablauf des erneuten Wartejahrs zu mindestens 40 % invalid sei und somit Anspruch auf eine Invalidenrente habe. Die IV-Stelle gelangte in der Folge vor Bundesgericht und machte geltend, dass der Eintritt der Invalidität im August 1994 mit Verfügung vom Dezember 2004 rechtskräftig festgestellt worden sei. Es könne daher kein neuer Versicherungsfall eintreten , es sei denn der Invaliditätsgrad der Versicherten sei zwischenzeitlich unter 40 % gefallen, was vorliegend nicht der Fall sei (E. 3) . Das Bundesgericht schützte den Entscheid des kantonalen Gerichts und hielt fest , dass der Eintritt eines neuen Gesundheitsschadens, welcher

sich von jenem im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung gänzlich unterscheidet und aufgrund seiner Art und Schwere

eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % während eines Jahres nach sich ziehe , angesichts des fehlenden materiellen Zusammenhangs mit der Sachlage im Zeitpunkt der Ablehnung des ersten Leistungsanspruchs die Entstehung eines neuen Versicherungsfalls zur Folge habe . Soweit nicht bestritten werde , dass der neue Leistungsanspruch auf einem völlig neuen Gesundheitsschaden (toxisch-irritatives Handekzem) beruhe , erachtete das Bundesgericht den Entscheid der Vorinstanz als im Einklang mit dem Bundesrecht (E. 4) .

5.4

Im Urteil des Bundesgerichts 9C_36/2015 vom 29. April 2015 , welches sich auf einen ähnlich gelagerten Fall bezog , führte das Bundesgericht explizit aus, dass von dem im Urteil 9C_294/2013 (vgl. vorstehend E. 5.3) verankerten Prinzip nicht abzuweichen sei .

So habe im Urteil vom 27. Juli 1966 (I 65/66)

das Bundesversicherungsgericht bereits fest gehalten , dass , wenn ein Versicherter die Voraussetzungen für den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht erfülle, daraus nicht folge , dass ihm in jedem Fall und für immer der Anspruch auf eine Leistung entzogen werde (E. 5) . Zunächst könne es vorkommen, dass verschiedene aufeinanderfolgende Invaliditätssachen auftreten, die entsprechend viele aufeinanderfolgende Invaliditätseintritte nach sich ziehen würden . Darüber hinaus k

önnen ein und dieselbe Invaliditätsursache im Laufe der Zeit auch mehrere Versicherungsfälle herbeiführen. Erfahre die Invalidität wesentliche Unterbrüche oder könne die Existenz eines faktischen und zeitlichen Zusammenhanges zwischen den diversen Phasen auf Grund des Verlaufes des Gesundheitszustandes nicht mehr angenommen werden, so verliere der Grundsatz der Einmaligkeit seine Gültigkeit. Tatsächlich habe das Urteil 9C_294/2013 lediglich die Rechtsprechung, die bereits mit EV GE 1966 S. 175 eingeführt worden sei, bestätigt (E. 5 mit weiteren Hinweisen). 5.5

Das Urteil des Bundesgerichts

9C_697/2015 vom 9. Mai 2016 betrifft einen im Jahr 2008 in die Schweiz eingereisten Staatsangehörigen, welcher sich unter Hinweis auf einen Unfall vom Juli 2009 im August 2010 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete. Im Jahr 2012 traten psychische Beschwerden hinzu. Die IV-Stelle lehnte den Leistungsanspruch mit der Begründung ab, dass er im Juli 2010 die versicherungsmässigen Voraussetzungen (Beitragspflicht) nicht erfüllt habe.

Das kantonale Gericht hiess die Beschwerde des Versicherten gut, stellte fest, dass er ab Januar 2013 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe und wies die Sache zur Berechnung der Rente an die IV-Stelle zurück. Ausgehend von den in den Urteilen 9C_294/2013 und 9C_36/2015 (vorstehend E. 5.3-5.4) festgelegten Grundsätzen (vgl. E. 3.2) hielt das Bundesgericht fest, dass die IV-Stelle einen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang zwischen dem

im Juli 2009 aufgetretenen somatischen Gesundheitsschadens und der im Januar 2012 erstmals diagnostizierten psychischen Störung nicht nachzuweisen vermochte. Die Tatsache schliesslich, dass seit dem Unfall im Jahr 2009 keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit eingetreten sei und die unterschiedlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in einem späteren Zeitpunkt

nebeneinander bestanden hätten, sei nicht ausreichend, um eine einheitliche Wartefrist zu begründen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sei ferner bereits anerkannt worden, dass ein neuer Versicherungsfall aufgrund einer neu hinzutretenden gesundheitlichen Beeinträchtigung auch dann eintreten könne, wenn der erste Gesundheitsschaden noch vorhanden sei und zu einer Arbeitsunfähigkeit führe. Die kantonale Vorinstanz habe somit zurecht die Auffassung vertreten, dass mit dem Eintritt der psychischen Störung im Januar 2012 ein neuer Versicherungsfall eingetreten sei, welcher dem Versicherten ab Januar 2013 einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente verleihe, sofern die Voraussetzungen von Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt seien (E. 5). 5.6

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Hinzutreten eines neuen, von der ursprünglichen Beeinträchtigung unabhängigen Gesundheitsschadens gemäss geltender Rechtsprechung des Bundesgerichts

grundsätzlich einen neuen Versicherungsfall zu begründen vermag, weshalb sich diesbezüglich eine nähere Prüfung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers als notwendig erweist. Bei materieller Verschiedenheit der Invaliditätsursachen präjudiziert die der ersten Ablehnungsverfügung zugrunde liegende fehlende Versicherteneigenschaft das neue Leistungsge such nicht (vgl. vorstehend E. 5.2). Ob im Zeitpunkt der Einreise in die Schweiz bereits eine volle respektive eine Teilerwerbsunfähigkeit auf Grund der Sehbeschwerden vorgelegen hatte, welche allenfalls auch aktuell noch weiterbesteht, ist

demzufolge

für die

Beurteilung des Leistungsanspruchs

bezüglich der neu hinzugetretenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen von untergeordneter Bedeutung.

Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts hat

der Eintritt eines neuen

Gesundheitsschadens, welcher sich von jenem im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung gänzlich unterscheidet

und aufgrund seiner Art und Schwere eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % während eines Jahres nach sich zieht,

angesichts des fehlenden materiellen Zusammenhangs mit der Sachlage im Zeitpunkt der Ablehnung des ersten Leistungsanspruchs die Entstehung eines neuen Versicherungsfalles zur Folge (Urteile des Bundesgerichts 9C_294/2013 vom 20. August 2013 E. 4.1, 9C_36/2015 vom 29. April 2015

E. 5.1, 9C_697/2015 vom 9. Mai 2016 E. 3.2; vgl. vorstehend E. 5.3-5.5).

Da es die Beschwerdegegnerin unterlassen hat, den Gesundheitszustand hinsichtlich der neu eingetretenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers rechtsgenügend abzuklären, kann nicht beurteilt werden, ob die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch vorliegend erfüllt sind. Damit fehlt es an der Grundlage für einen Entscheid. 5.7

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 5.8

Nach dem Gesagten ist ein abschliessender materieller Entscheid gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten nicht möglich. Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) ist folglich in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers hinsichtlich der neu eingetretenen psychischen und somatischen Beeinträchtigungen abkläre

sowie die versicherungsmässigen Voraussetzungen (Art. 36 Abs. 1 IVG) prüfe und anschliessend über den Leistungsanspruch neu verfüge. 6.

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