

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00034 vom 17. März 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00034](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00034)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00034 du 17 mars 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00034 del 17 marzo 2021

## **Erwägungen**

### **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 Hinterlassenenversicherung (AHVG) obligatorisch oder freiwillig versichert sind (Art. 1b 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.

### **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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [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**

Zur Frage des Bedeutungsgehalts des Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (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 massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen muss, ihr mithin ausnahmsweise eine Beweisführungslast zukommt.

Gemäss Art. 87 Abs. 2 IVV muss mit einem Revisionsgesuch und gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV mit einer Neuanschuldung glaubhaft gemacht werden, dass sich der Invaliditätsgrad

anspruchsrelevant verändert hat. Die Eintretensvoraussetzung des Glaubhaftmachens soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, mithin keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5. 3.1). Dies gilt auch für eine erneute Anmeldung nach einer vorangegangenen, aber befristeten Rentenzusprache (BGE 133 V 263 E. 6.1; siehe auch Frey/ Mosimann /Bollinger [Hrsg.], AHVG/IVG Kommentar, 2018, Mosimann, N 20 zu Art. 17 ATSG).

Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement be treffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsab weisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Renten be rechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2).

Ist die Änderung nicht glaubhaft gemacht, wird auf das Revisionsgesuch oder die erneute Anmeldung nicht eingetreten (BGE 133 V 64 E. 5.2.5). Dabei wird die Verwaltung 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. 3 IVV

Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neu anmeldung eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2 mit Hinweisen). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 16. Januar 2020 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auf das Gesuch vom 22. Februar 2019 einzutreten. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S.

2). Mit Beschwerdeantwort vom 10. März 2020 (Urk. 11) schloss die Beschwer degegnerin auf Abweisung der Beschwerde, worüber der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 12. März 2020 (Urk. 13) in Kenntnis gesetzt wurde.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Entscheid aus, das Leistungs be gehren sei am 1. Juni 2017 abgewiesen worden, da die gesundheitliche Beein trächtigung beim Beschwerdeführer bereits vor Einreise in die Schweiz bestanden habe und aufgrund zu wenig geleisteter Beitragszeit die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt gewesen seien. Mit den neu eingereichten Arztbe richten werde kein neuer Sachverhalt dargelegt. Daher werde auf das neue Gesuch nicht eingetreten (Urk. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 10. März 2020 ergänzte die Beschwerdegegnerin, mit Beginn des Rentenanspruchs im Jahr 2012 sei der Versicherungsfall eingetreten. Zu diesem Zeitpunkt sei ein das volle Beitragsjahr nicht geleistet und mit hin

die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt gewesen. Die Verfügung vom 8. November 2016 sei in Rechtskraft erwachsen. Bei der geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes handle es sich um den gleichen Gesundheitsschaden, über den bereits am 8. November 2016 verfügt worden sei. Ein neues IV-relevantes Leiden sei nicht ausgewiesen. Die versicherungsmässigen Voraussetzungen seien nach wie vor nicht erfüllt, da es sich um denselben Gesundheitsschaden handle (Urk. 11).

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, sein Gesundheitszustand habe sich seit der rechtskräftigen Verfügung vom 8. November 2016 massgeblich verschlechtert. Zum einen sei es zu einer Verschlechterung des chronischen post rekonstruktiven Beinlymphödems Stadium II rechts gekommen, zum anderen habe sich die rezidivierende depressive Störung mit Suizidgedanken und stark wechselhafter Stimmungslage

verstärkt. Neu hinzugekommen seien ein Schlafapnoe-Syndrom und eine chronische Sinusitis. Die neu diagnostizierten Bauchdeckenhernien seien

sonographisch nachgewiesen worden. Wegen dem Schlafapnoe-Syndrom habe die chirurgisch plastische Versorgung der multiplen Narbenbrüche nicht durchgeführt werden können (Urk. 1 S. 3). Die Beschwerden als Folge der degenerativen Veränderung an der HWS und LWS hätten sich verstärkt, so dass er auch in einer angepassten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei. Folglich habe die Beschwerdegegnerin auf sein Gesuch einzutreten (Urk. 1 S. 4). 3.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

#### **E. 3.1**

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 Leistungsbeurteilung, soweit sie im Entscheidzeitpunkt abgeschlossene Sachverhalte betreffen. Es liegt insofern eine abgeurteilte Sache (res

judicata) im Rechtssinne vor. Die betreffenden Anspruchsvoraussetzungen und Leistungsbeurteilungsfaktoren 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 An spruchsvoraussetzungen und festgesetzte Leistungsbemessungsfaktoren, welche im Zeitpunkt der Verfügung oder des Einspracheentscheids abgeschlossene Sach verhalte betreffen, können zufolge Rechtskraft nicht erneut überprüft werden. Vorbehalten bleibt das Zurückkom men auf den ursprünglich leistungszu spre chen den Entscheid unter dem Titel Wiedererwägung oder prozessuale Revision. Anders verhält es sich mangels sachlicher Identität bei einem neuen Versiche rungsfall, d.h. bei Ablösung der bisherigen Rente durch eine neue Hauptrente, oder wenn zur ursprünglichen gesundheitlichen Beeinträchtigung eine davon völlig verschiedene Gesund heitsstörung hinzugetreten ist und zu einer Erhöhung des Invaliditätsgrades geführt hat (vgl. BGE 136 V 369 E. 3.1.1 mit zahlreichen Hinweisen).

### **E. 3.1.2**

mit zahlreichen Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_294/2013 vom 20. August 2013 E. 4 , in: SVR 2013 IV Nr. 45 S. 138 ).

### **E. 3.2**

Für die Umschreibung der Rechtskraft und der damit verbundenen Rechts bestän digkeit eines den Anspruch auf eine Dauerleistung verneinenden nega ti ven Ent scheids muss auf die Begründungselemente zurückgegriffen werden. Betreffen diese, wie etwa die versicherungsmässigen Voraussetzungen, einen zeitlich abge schlossenen, späteren Änderungen der Tatsachenlage nicht zugäng lichen Sach verhalt, ist eine Überprüfung zufolge Rechtskraft ausge schlossen, die Anspruchs be rechtigung als solche mithin endgültig dahingefallen. Vorbehalten bleibt eine Änderung der den leistungsablehnenden Entscheid tragenden recht lichen Grund lagen, oder wenn ein neuer Versicherungsfall im Sinne der Erhö hung des Invali di tätsgrades aufgrund einer von der ursprünglichen gesund heit lichen Beeinträch tigung völlig verschiedenen Gesundheitsstörung vorliegt (vgl. BGE 136 V 369 E.

### **E. 3.3**

Streitgegenstand bildet vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Inva lidenrente unter dem Gesichtspunkt der versicherungsmässigen Vorausset zung en. D iese Frage bildete bereits Gegenstand der Verfügung vom 8. November 201 6. Schon damals verneinte die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch unter Hinweis darauf, dass die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt seien, da der Beschwerdeführer mit dem Gesund heitsschaden in die Schweiz ein gereist sei . In der Zeit von Dezember 2011 bis Oktober 2012 – vor Eintritt des Gesundheitsschadens – sei en in der Schweiz nur während zehn Monaten Beiträge bezahlt worden (Urk. 12/31). Diese Verfügung blieb unangefochten. Mit Verfü gung vom 1. Juni 2017 (Urk. 12/57) trat die Beschwerdegegnerin auf das Wie dererwägungsgesuch des Beschwerdeführers vom 18. Januar 2017 (Urk. 12/33) nicht ein (vgl. Beschluss IV.2017.00730 des hiesigen Gericht s

vom 22. November 2018 E. 4). Da die Frage des Erfüllens der versicherungsmässigen Vorausset zun gen bei Eintritt der Inva lidity einen im Zeitpunkt der Verfügung vom 8. Novem ber 2016 abgeschlossenen Sachverhalt betrifft, erwuchs dieser - unangefochten gebliebene - Entscheid auch in Bezug auf das Begründungselement der versiche rungsmässigen Voraussetzungen in Rechtskraft. Er hat damit für das vorliegende Verfahren bindende Wirkung, was im Übrigen selbst dann gelten würde, wenn das dama lige Erkenntnis rechtsfehlerhaft gewesen wäre (BGE 136 V 369 E. 3.2). Zu prü fen bleibt somit

einzig, ob von einem neuen Versicherungsfall im Sinne der Rechtsprechung auszugehen ist, in welchem Falle dem Beschwerdeführer die Rechtskraft der Verfügung vom 8. November 2016 nicht entgegengehalten werden könnte (vgl. E. 3.2 hiervor). 4. 4.1 4.1.1

Mit Bericht vom 24. März 2011 hielt Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt Chirurgie sowie Viszeralchirurgie und Chefarzt in der Klinik Z.\_\_\_\_ (Berlin), folgende Diagnosen fest: - Zustand nach thorakoabdominellem Eingriff wegen bronchopleurale Fistel im Säuglingsalter - postthrombotisches Syndrom rechts nach Verschluss der Vena

saphena magna mit Beckenvenenthrombose als Säugling - Zustand nach Laparotomie bei Ileus im Jugendalter - Zustand nach Cholezystektomie und bisegmentaler Leberresektion (Segment 2 und 3 der Leber) bei Hämangiom - Zustand nach Nukleoplastie bei lumbalem Bandscheibenvorfall L4/5 und L5/S1 - arterieller Hypertonus - Zustand nach Verwachsungsileus des Dünndarms, Divertikulose des Dünndarms mit Segmentresektion des Jejunums 11/2010 - tiefe Beinvenenthrombose der Vena

femoralis (3-Etagen-Thrombose) rechts - sekundäre Gerinnungsaktivierung bei chronischer Entzündung (chron. Pankreatitis) - Hyperhomocysteinämie - gestörte Glykolyse-toleranz - rezidivierende Papillenstenose des Gallenganges, 5-malige ERCP mit Papillotomie - rezidivierende depressive Störung - abdominale Narbenhernie Aus chirurgischer Sicht sei eine operative Versorgung der Narbenbrüche nicht indiziert bzw. nicht vertretbar. Eine diätische Ernährung, eine Versorgung mit einer Bauchdeckenbandage und eine dem Krankheitsbild adäquate Leistungsanpassung seien zu empfehlen. Zur Zeit bestehe ein eingeschränktes Leistungsbild für Tätigkeiten in abwechselnder Körperhaltung. Es solle ein Wechsel zwischen stehender und sitzender Arbeitshaltung gewährleistet sein, wobei eine Entlastung durch Hochlagern des rechten Beines möglich sein sollte. Der zeitliche Umfang der Tätigkeit solle 12 bis 15 Wochenstunden nicht überschreiten. Das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, Tätigkeiten in Zwangshaltung mit vorgebeugter Rumpfhaltung sowie längeres Stehen und Sitzen sollten vermieden werden (Urk. 12/12/34-35). 4.1.2

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt Chirurgie, hielt im Gutachten vom 21. Juni 2013 fest, der Beschwerdeführer leide insbesondere an Narbenbrüchen und damit verbunden an einem ausgeprägten Adhäsionsbauch nach mehreren Ileusoperationen mit Darmresektionen und daraus resultierendem Kurzdarmsyndrom mit Malabsorptionen bzw. Malresorptionen. Von einer Sanierung der Narbenbrüche müsse angesichts des operationsrisikos abgeraten werden. Des Weiteren seien eine Pankreatitis sowie eine Papillenstenose bekannt.

Der Beschwerdeführer habe ein postthrombotisches Syndrom, weshalb er dauerhaft einen Kompressionsstrumpf trage.

Zudem habe er einen Bandscheibenvorfall mit neurologischen Symptomen erlitten. Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation (Narbenhernien, Thrombose, Kurzdarmsyndrom) erachtete Dr. A.\_\_\_\_ weitere reichende Massnahmen nur im Notfall als angezeigt. Der Beschwerdeführer müsse mit den resultierenden Einschränkungen leben, die allerdings seine Leistungsfähigkeit nicht unerheblich beeinträchtigen würden. Der Grad der Behinderung betrage mindestens 70 von 100 (Urk. 12/1/23-25). 4.1.3

Gemäss sozialmedizinischem Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie, vom 27. März 2014 leidet der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), welche Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, da die psychophysische Belastbarkeit sowie die Arbeitsfunktion des

Beschwerdeführers eingeschränkt sei en . Daneben leide er an einer Neurasthenie, essentiellen Hypertonie, Radikulo pathie sowie an Thrombosen. Er sei seit dem 4. April 2013 arbeitsunfähig. Es seien ambulante Behandlungen bei der Hausärztin, in somatischen Fachgebieten und eine Psychotherapie sowie eine stationäre psychosomatische Rehabilitations massnahme

erfolgt . Nach Entlassung aus der Rehabilitationsmassnahme sei für den allgemeinen Arbeitsmarkt eine Leistungsfähigkeit von 3 bis 6 Stunden täglich für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen und Nachtschichten attestiert worden . Die Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte massgebliche Tätigkeit als ärztlicher Direktor (Leistungsvermögen unter 3 Stun den) bestehe auf Dauer (Urk. 12/12/37-38). 4.1.4

Gestützt auf diese medizinische Aktenlage kam die Beschwerdegegnerin zum Schluss, der Gesundheitsschaden habe bereits

vor Einreise in die Schweiz am 1. März

2015 bestanden und gemäss Sozialmedizinischem Gutachten vom 27. März 2014 bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ärztlicher Direktor eine Arbeitsunfähigkeit auf Dauer. Auch für den allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe nur ein untermittelschichtiges Leistungsbild. In der Zeit von Dezember 2011 bis Oktober 2012 – vor Eintritt des Gesundheitsschadens bzw. Versicherungsfalles – seien in der Schweiz nur während 10 Monaten Beiträge bezahlt worden. Die versicherungsmässigen Voraussetzungen seien nicht erfüllt (Urk. 12/26, 12/30 /2 ). Die hierauf gestützte leistungsabweisende Verfügung vom 8. November 2016 (Urk. 12/31) erwuchs unangefochtenen in Rechtskraft. 4.2 4.2.1

Im Bericht des Schlaflabors des Spitals C.\_\_\_\_ ( Wien ) betreffend die Smart-Card Datenauslesung vom 24. September 2018 bis 27. Januar 2019 (126 Tage) wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer an einem moderaten obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom unter CPAP-Heimtherapie leide, wobei eine Kontrolle der Beatmungseffizienz erforderlich gewesen sei. Die erhobenen Befunde zeigten, da ss bei ausgeprägter Therapieadhärenz unter der gegenwärtigen CPAP-Druck einstellung eine suboptimale Behandlung des ausgeprägten Schlafapnoe-Syn droms ge währleistet sei in dem Sinne, dass geringe relevante Apnoe- Hypopnoe -Ereig nisse nachzuweisen seien. Es würden weiterhin eine konsequente Heiman wendung und eine Kontrolle der Beatmungseffizienz in rund sechs Monaten emp fohlen (Urk. 12/72/26). 4.2.2

Im Entlassungsbericht der Klinik D.\_\_\_\_

vom 29. März 2019 wurden im Wesentlichen die bekannten Diagnosen aufgeführt. Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt Innere Medizin, und Dr. med. F.\_\_\_\_ , Fachärztin Allgemein medizin, berichteten, der Beschwerdeführer sei zum Rehabilitationsaufenthalt aufgrund eines chronisch sekundären Beinlymphödems rechts im Stad . II ge kommen. Er leide seit seiner Kindheit an einem postthrombotischen Syndrom bei Beckenvenenverschluss rechts. Es habe sich im Laufe der Jahre eine ausgeprägte Kollateralisierung vor allem im Bereich des rechten Unterbauches gebildet, teil weise mit aneurysmatischen Varizenkonvoluten und Abdrainage über die intra spinalen Venenbahnen. Dies bereite dem Beschwerdeführer Beschwerden im Sinne von Bauchschmer zen, Spannungsgefühl, Blähbauch

sowie Schmerzen beim Ste hen, Gehen und längeren Sitzen. Des Weiteren habe er Rückenschmerzen sowie eine ausgeprägte Claudicatio

venosa . Im Dezember 2010 habe er eine Thrombophlebitis des rechten Oberschenkels gehabt. Die Dopplersonographie der Beinvenen vom 1. Dezember 2015 sei ohne pathologischen Befund gewesen. Bei Zustand nach Papillenstenose und Stentimplantation am 14. Dezember 2010 hätten sich noch leicht erhöhte Werte von AP, Amylase und GGT sowie ein grenzwertig erhöhtes Bilirubin gefunden. Dopplersonographisch habe sich eine Thrombose der Vena

femoralis

superficialis rechts gezeigt.

Nach der Dünndarmteilresektion im Oktober 2010 habe der Beschwerdeführer eine Thrombose der Vena

femorali s

superficialis rechts erlitten . Unter der oralen Antikoagulation sei es zu einer oberflächlichen Thrombophlebitis im Bereich der rechten Kniekehle gekommen. Am 13. November 2015 sei eine venöse Rekanalisation mit Stent-Angioplastie der Vena

iliaca

externa und communis rechts sowie eine Endophlebektomie

der VFC rechts mit pelviner

Plastik ohne AV-Fistelanlage durchgeführt worden. Die gesamte rechte untere Extremität sei gegenüber links volumenvermehrt. Beim Beschwerdeführer sei die komplexe physikalische Entstauungstherapie durchgeführt worden mit intensiven speziellen manuellen Lymphdrainagen. Er habe die Entstauungstherapie gut vertragen und es hätte insgesamt am rechten Bein 1677

ml

Ödemflüssigkeit

entstaute sowie die Fibrosen deutlich aufgelockert werden können (Urk. 12/72/6-8). 4.2.3

Am 18. April 2019 erstattete Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie und Psychiatrie, einen ärztlichen Befundbericht, worin sie folgende Diagnosen nannte: - mittelgradige depressive Episode mit Angst - Hyperhomozysteinämie - Schlafapnoe-CPAP Versorgung - Status nach venösem Stent der rechten Beckenetape und Vena

Cava 11/2015 - chronisches postrekonstruktives Beinlymphödem rechts Stadium II - postthrombotisches Syndrom rechts (Status nach Dreietagenthrombose) - Status nach Lungen- Op (Zyste im Säuglingsalter) - Status nach Leberteilresektion bei Hämangiom - LCHE - Status nach mehrfachem Bridenileus und Dünndarmteilresektion 2010 beidseitig - Verwachsungsbauch bei Status nach Zweihöhleneingriff im Säuglingsalter bei bronchoenteraler Fistel - Status nach Bisegmentektomie bei Hämangiom 2008 - Status nach Discusprolaps L4/5, S1 - Status nach Papillenstenose 12/2010 unklarer Genese mit Stentimplantation - arterielle Hypertonie - korticale Nierenzyste links - Divertikulose - Status nach operativer Entfernung des Musculus

rectus

abdominis rechts - Nabelhernie - Hyperhomocysteinämie - Vitamin D-Mangel - Hernia

cicatricea Hierzu führte Dr. G. \_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei durch die bestehenden körperlichen Beschwerden psychisch stark belastet. Eine Medikation mit Trittico sei nicht vertragen worden, der Beschwerdeführer habe eine paradoxe Reaktion mit verstärkter Depressivität und Suizidgedanken gezeigt. Aktuell im Vordergrund stünden starke Existenz- und Zukunftsängste sowie eine sehr wechselhafte Stimmungslage. Er werde eine Psychotherapie beginnen. Er sei nicht belastbar, im Alltag schnell überfordert, ermüde rasch und brauche regelmässige Pausen. Eine Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der vorliegenden Beschwerden nicht gegeben (Urk. 12/72/4-5). 5.

Aufgrund der Akten ist ausgewiesen – und auch in keinerlei Hinsicht bestritten –, dass der Beschwerdeführer an gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidet, die ihn in seiner Arbeitsfähigkeit einschränken. Demgegenüber ist unter den Parteien strittig (E. 2), ob seit der Verfügung vom 8. November 2016, welche zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung bildet (BGE 133 V 108 E. 5.1), das Vorhandensein einer erheblichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse dergestalt glaubhaft gemacht worden ist, dass zumindest Anhaltspunkte für den Eintritt eines neuen Versicherungsfalles im Sinne der Rechtsprechung vorlägen (E. 1.4; E. 3). Dies ist offensichtlich nicht der Fall. In diesem Zusammenhang ist vorwegzuschicken, dass selbst der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift in Bezug auf das chronische postrekonstruktive Bein lymphödem Stadium II rechts, die rezidivierende depressive Störung sowie die degenerativen Veränderungen an der HWS und LWS von einer Verschlechterung seit der rechtskräftigen Verfügung vom 8. November 2016 ausgeht (Urk. 1 S. 3 Ziff. 5 f. und S. 4 Ziff. 9). Diese Diagnosen wie auch das postthrombotische Syndrom rechts waren denn auch zum Zeitpunkt des genannten Entscheids (Urk. 12/31) bereits bekannt und lagen diesem massgeblich zu Grunde, wie aus den damals aufliegenden Berichten (vgl. neben E. 4.1.1-4.1.3 insbesondere auch Bericht der Klinik H. \_\_\_ vom 6. Dezember 2010 [Urk. 12/12/48-54], Bericht des Reha zentrums

I. \_\_\_ vom 27. Dezember 2011 [Urk. 12/12/43-45], Bericht des Reha zentrums

J. \_\_\_ vom 9. März 2012 [Urk. 12/12/31-33], Berichte des Reha zentrums

K. \_\_\_ vom 23. März 2012 [Urk. 12/12/5-13] und 20. Januar 2014 [Urk. 12/12/16-26] sowie Bericht von Dr. med. L. \_\_\_ , Allgemeine Innere Medizin, vom 30. Mai 2016 [Urk. 12/20/1-5] und dem Feststellungsblatt vom 8. November 2016 (Urk. 12/30) hervorgeht (vgl. auch E. 4.1.4). Mithin betrifft die vom Beschwerdeführer insoweit geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes die selbe gesundheitliche Problematik, welche bereits Gegenstand der Erstanmeldung vom 11. Januar 2016

(vgl. dazu auch Urk. 12/6/6 Ziff. 6.1) war. Bei einer Verschlechterung der ursprünglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen handelt es sich indes nicht um einen neuen Versicherungsfall im Sinne der Rechtsprechung (vgl. E. 3.1 und 3.2).

Der Beschwerdeführer hält sodann dafür, eine relevante Verschlechterung seines Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 8. November 2016 sei mit den neu hinzugekommenen Diagnosen eines Schlafapnoe-Syndroms und chronischen Sinusitiden (Urk. 1 S. 3 Ziff. 7) glaubhaft gemacht. Mit diesem Standpunkt übersieht der Beschwerdeführer, dass das Hinzutreten einer Diagnose nicht per se einen Revisionsgrund oder eine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse darstellt, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (BGE 141 V 9 E. 5.2). Massgebend ist auch im Zusammenhang mit einer Neuanmeldung

einzig, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9). Dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers neuerdings durch das Schlaf apnoe-Syndrom oder die Sinusitiden relevant beeinträchtigt wäre, wird vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht und ergibt sich auch nicht aus den Akten. Namentlich ist anhand der vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen (zur Beweisführungslast vgl. E. 1.4) nicht ersichtlich, dass die behandelnden Ärzte im Zusammenhang mit den genannten Diagnosen eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit namhaft gemacht hätten (vgl. neben E. 4.2.1 insbesondere Bericht von Dr.

med. M.\_\_\_\_, Facharzt Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, vom 28. März 2018, Urk. 12/72/33).

Schliesslich trifft es zwar zu, dass anlässlich der Sonographie des Oberbauches vom 21. September 2018 (Urk. 12/72/28) zwei Bauchwandhernien zur Darstellung gebracht wurden (vgl. auch Bericht des Spitals C.\_\_\_\_

vom 29. Januar 2019 [Urk. 12/80/5] und undatiertes Attest von Prof. Dr. N.\_\_\_\_, Facharzt Chirurgie und Viszeralchirurgie [Urk. 12/72/32]). Das Vorliegen von leistungseinschränkenden Bauchwand- bzw. Narbenhernien war indes bei Erlass der Verfügung vom 8. November 2016 bereits bekannt (vgl. neben E. 4.1.1 insbesondere Bericht der Klinik O.\_\_\_\_ vom 9. März 2012 [Urk. 12/12/29-30] sowie Urk. 12/12/8-9+12, 12/12/17+23+26, 12/12/32, 12/12/44-45 und 12/72/40-43), weshalb der Beschwerdeführer (Urk. 1 S. 3 Ziff. 8) hieraus nichts zu seinen Gunsten abzuleiten vermag.

Dass sich an der gesundheitlichen Ursache seiner Arbeitsunfähigkeit etwas Relevantes verändert hätte, vermag der Beschwerdeführer mit den im Neuanmelungsverfahren eingereichten Berichten nicht glaubhaft darzutun. Mithin hat er das Vorliegen eines neuen Versicherungsfalles im Sinne einer Erhöhung des Invaliditätsgrades aufgrund einer von der ursprünglichen gesundheitlichen Beeinträchtigung völlig verschiedenen Gesundheitsstörung nicht glaubhaft gemacht, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht auf sein neues Leistungsgesuch nicht eingetreten ist.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Bei diesem Ergebnis kann offenbleiben, ob sich der Wohnsitz respektive der gewöhnliche Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Schweiz befindet (vgl. dazu Urk. 12/72 und 12/80).

## **E. 6**

.2

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Bedürftig im Sinne von Art. 64 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) ist eine Person, wenn sie ohne Beeinträchtigung des für sie und ihre Familie nötigen Lebensunterhaltes nicht in der Lage ist, die Prozesskosten zu bestreiten (BGE 128 I 225 E. 2.5.1). Massgebend sind die wirtschaftlichen Verhältnisse im Zeitpunkt, in dem das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (§ 28 lit. a des Gesetzes über das Soz

ialversicherungsgericht [ GSVGer ]

i.V.m. Art. 119 der Zivilprozessordnung [ZPO] eingereicht wird (BGE 120 Ia 179 E. 3a), oder – bei seither eingetretenen Veränderungen – auch in demjenigen der Entscheidfindung (BGE 108 V 265 E. 4). Bei der Beurteilung der Bedürftigkeit ist das Einkommen beider Ehegatten zu berücksichtigen (BGE 115 Ia 193 E. 3a, 108 Ia

## **E. 9**

E. 3). 6.3

Mit Eingabe vom 20. Februar 2020 (Urk. 6) reichte der Beschwerdeführer das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit samt Beilagen zu den Akten (Urk. 7, 8/1-5). Unter Berücksichtigung des Grundbetrages für ein Ehepaar von Fr. 1'700.-- (vgl. Kreisschreiben der Verwaltungskommission des Obergerichts des Kantons Zürich an die Bezirksgerichte und die Betreibungsämter über Richtlinien für die Berechnung des betriebsrechtlichen Existenzminimums, Ziffer II 3.), der geltend gemachten Ausgaben für die Miete von Fr. 1'180.-- inklusive Heizkosten (Urk. 8/2 S. 1 Mietzinsänderung per 1. Oktober 2017), der Prämie für die obligatorische Krankenversicherung von EUR 341.50 für den Beschwerdeführer (Urk. 8/2 S. 7 Versicherungspolice bei der UNIQA Österreich Versicherungen AG) sowie Fr. 536.55 für seine Ehefrau (Urk. 8/2 S. 10 Versicherungspolice bei der CSS) sowie den Steuern von rund Fr. 350.-- (Urk. 8/2 S. 21 Staats- und Gemeindesteuern 2019; Urk.

8/4 S. 3 Direkte Bundessteuer 2018) und den zu leistenden

Unterhaltsbeiträgen von EUR

57.-- (Urk. 8/2 S. 14-15), mithin monatlichen Gesamtausgaben von gerundet Fr. 4'205.-- (Eurokurs gerundet: EUR 1.-- = Fr. 1.10, Stand 25. Februar 2021), des

Bruttolohns der Ehefrau

inklusive 13. Monatslohn von gerundet Fr. 5'833.-- (Urk. 8/1 S. 1-2), des Renteneinkommens des Beschwerdeführers von EUR 2'045.73 (Urk. 8/1 S.

## **E. 13**

-19), mithin einem Gesamteinkommen von monatlich Fr. 8'083.-- und einem monatlichen Überschuss von Fr. 3'878.-- sowie des Gesamtvermögens von EUR 1'383.49 sowie Fr. 1'056.50 (Urk. 7 S. 7) ist es dem Beschwerdeführer zuzumuten, für die Gerichtskosten des vorliegenden Verfahrens selber aufzukommen.

Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung ist damit mangels Bedürftigkeit abzuweisen. 6.4

Da es vorliegend 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. 700.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Kosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht beschliesst: Das Gesuch des Beschwerdeführers vom 16. Januar 2020 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung wird abgewiesen; und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 7 00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

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