

VBE.2024.485 / pm / bs

Art. 49

Urteil vom 8. Mai 2025

Besetzung	Oberrichter Kathriner, Präsident Oberrichterin Gössi Oberrichter Roth Gerichtsschreiber Meier
-----------	--

Beschwerde- führerin	A. _____ , vertreten durch Neda Nakhaei, c/o Dextra Rechtsschutz AG, Hohlstrasse 556, 8048 Zürich
-------------------------	--

Beschwerde- gegnerin	SVA Aargau , IV-Stelle, Bahnhofplatz 3C, Postfach, 5001 Aarau
-------------------------	--

Gegenstand	Beschwerdeverfahren betreffend IVG Renten (Verfügung vom 27. August 2024)
------------	--

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

1.1.

Die 1989 geborene Beschwerdeführerin war zuletzt als Sachbearbeiterin Administration tätig und meldete sich am 19. Mai 2016 erstmals bei der Beschwerdegegnerin zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an. Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 11. Mai 2017 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

1.2.

Am 30. November 2023 meldete sich die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf diverse Beschwerden erneut zum Leistungsbezug an. Die Beschwerdegegnerin konsultierte ihren RAD und trat sodann nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 27. August 2024 nicht auf das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin ein.

2.

2.1.

Dagegen erhob die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 26. September 2024 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

- "1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 27.08.2024 sei aufzuheben.
 2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auf das Leistungsbegehren einzutreten, die notwendigen Abklärungen in die Wege zu leiten und der Beschwerdeführerin die gesetzlich zustehenden Versicherungsleistungen aus IVG, zuzusprechen.
 3. Eventualiter: Es sei die Streitsache zur weiteren Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zur Neuverfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
 4. Subeventualiter: Es sei ein umfassendes medizinisches Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben.
- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin."

2.2.

Am 27. September 2024 reichte die Beschwerdeführerin weitere medizinische Unterlagen ein.

2.3.

Mit Vernehmlassung vom 8. November 2024 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 27. August 2024 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 75) zu Recht nicht auf das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin vom 30. November 2023 (VB 53) eingetreten ist.

2.

2.1.

Die Zusprechung einer Invalidenrente aufgrund einer Neuansmeldung, nachdem eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert wurde (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV), bedarf, analog zur Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG), einer anspruchsrelevanten Änderung des Invaliditätsgrades (vgl. BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.; 130 V 71; 117 V 198 E. 3 S. 198 f.; 109 V 108 E. 2 S. 114 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_29/2020 vom 19. Februar 2020 E. 3.1 f. mit Hinweisen). Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers um mindestens fünf Prozentpunkte ändert oder auf 100 Prozent erhöht. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 mit Hinweisen).

2.2.

Wird eine Neuansmeldung eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV). Nach Eingang der Neuansmeldung ist die Verwaltung somit zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind (Eintretensvoraussetzung; vgl. BGE 109 V 108 E. 2a und b S. 114 f.).

Unter Glaubhaftmachen ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisforderungen 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_735/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.2 mit Hinweisen). Bei der Prüfung der Eintretensvoraussetzung der glaubhaft gemachten Änderung berücksichtigt die Verwaltung unter anderem, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt (MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 4. Aufl. 2022, N. 121 zu Art. 30 IVG mit Hinweis auf BGE 109 V 108 E. 2 S. 114; Urteil des Bundesgerichts 8C_389/2018 vom 8. Januar 2019 E. 4.1).

2.3.

Die versicherte Person muss mit der Neuankmeldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht. Wird in der Neuankmeldung kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen und mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Nach Fristablauf eingereichte Unterlagen gelten grundsätzlich als verspätet und werden nicht mehr berücksichtigt. Anders verhält es sich dann, wenn die IV-Stelle die im Vorbescheidverfahren aufgelegten medizinischen Berichte selber in die Begründung der Nichteintretensverfügung einbezieht. In diesem Fall sind diese, nicht aber die im kantonalen Beschwerdeverfahren neu eingereichten Unterlagen bei der Beurteilung der Frage, ob veränderte tatsächliche Verhältnisse glaubhaft gemacht worden sind, zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_647/2019 vom 31. Januar 2020 E. 2.2).

2.4.

2.4.1.

Der neuankmeldungsrechtlich massgebende Vergleichszeitraum ist derjenige zwischen der letzten umfassenden materiellen Prüfung einerseits und der Überprüfung der Glaubhaftmachung der mit Neuankmeldung vorgebrachten anspruchserheblichen Tatsachenänderungen andererseits (vgl. MEYER/REICHMUTH, a.a.O., N. 125 zu Art. 30 IVG mit Hinweisen auf BGE 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.).

2.4.2.

Referenzzeitpunkt stellt vorliegend die anspruchsverneinende Verfügung vom 11. Mai 2017 (VB 51) dar. Dieser lag in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen die Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. med. B._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom 17. Februar 2017 zugrunde. Dieser ging vom Vorliegen eines Hyper-

mobilitätssyndroms mit chronischen zervikobrachialen und zervikozephalen Beschwerden aus. Zwischen Herbst 2015 und Frühsommer 2016 habe wegen des Hypermobilitätssyndroms eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. "Heute" bestehe kein IV-relevanter Gesundheitsschaden mehr. Ab dem 15. November 2015 habe keine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit mehr bestanden. Ab 14. Dezember 2015 habe sodann von einer 50%igen und ab 1. April 2016 (drei Monate nach Austritt aus der Rehaklinik) wieder von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden können. Die angestammte Tätigkeit entspreche einer angepassten (VB 48 S. 3 f.).

3.

3.1.

Im Rahmen ihrer Neu anmeldung reichte die Beschwerdeführerin (nach entsprechender Aufforderung durch die Beschwerdegegnerin; vgl. VB 63) einen zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstellten Bericht von med. pract. C._____, Praktischer Arzt, vom 21. September 2023 ein. Med. pract. C._____ listete als Diagnose eine "PTBS mit dissoziativen Zuständen" auf und attestierte der Beschwerdeführerin vom 12. bis 30. Juni 2023 eine 100%ige, vom 4. Juli bis 30. August 2023 eine 75%ige sowie vom 30. August 2023 bis 30. September 2023 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (VB 64 S. 4 f.).

3.2.

Während des Vorbescheidverfahrens reichte die Beschwerdeführerin sodann einen (ebenfalls zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstellten) Bericht von Dr. med. D._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. Januar 2024 ein. Die Beschwerdegegnerin bezog diesen Bericht in die Begründung der angefochtenen Verfügung mit ein (VB 75 S. 2), weshalb er vorliegend zu berücksichtigen ist (vgl. E. 2.3). Dr. med. D._____ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradig (ICD-10 F33.1). Zudem stellte sie die Verdachtsdiagnosen einer "Persönlichkeitsakzentuierung (emotional instabil) DD -störung" (ICD-10 Z73.1), einer isolierten Phobie (Höhe, Spinnen; ICD-10 F40.2) sowie einer Panikstörung (ICD-10 F41.0; VB 67 S. 4). Die Beschwerdeführerin habe sich am 8. November 2023 auf Anraten ihrer ehemaligen Hausärztin ("Empfehlung im August ausgesprochen, lange keinen Therapieplatz gefunden") in ihrer Sprechstunde vorgestellt. Vom 14. November bis zum 13. Dezember hätten vier psychiatrisch-psychotherapeutische Sitzungen bei der Assistenzärztin von Dr. med. D._____ med. pract. E._____ stattgefunden. Der Aufbau einer tragfähigen Therapiebeziehung sei erschwert gewesen. Med. pract. E._____ habe die Praxis per 31. Dezember 2023 verlassen, weshalb ein Gespräch mit Dr. med. D._____ stattgefunden habe, um den Bericht fertigzustellen und Empfehlungen betreffend das weitere Procedere zu besprechen. Die Beschwerdeführerin stehe einer Medikation ablehnend gegenüber, daher sei bisher keine Etablierung

möglich gewesen. Eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische oder psychologisch-psychotherapeutische Behandlung finde aktuell nicht statt. Aktuell bestünden Unklarheiten bezüglich der endgültigen Diagnose, eine weitere Behandlung könne nicht stattfinden und die Beschwerdeführerin wolle selber einen anderen Therapeuten suchen (VB 67 S. 5 f.).

3.3.

Am 17. April 2024 nahm RAD-Ärztin Dr. med. F._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, zu den von der Beschwerdeführerin eingereichten medizinischen Unterlagen Stellung. Sie führte aus, aus dem Bericht von Dr. med. D._____ vom 23. Januar 2024 gingen zwar neue Diagnosen hervor, es werde aber auch mehrfach hervorgehoben, dass sämtliche empfohlenen Massnahmen von der Beschwerdeführerin abgelehnt worden seien. Zusätzlich würden Diskrepanzen zwischen den Schilderungen der Beschwerdeführerin und den "Aktivitäten" beschrieben. Aus versicherungsmedizinischer Sicht stehe an erster Stelle eine Diagnostik und "gegebenenfalls entsprechende Behandlung". Eine länger dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich so primär nicht begründen (VB 69).

4.

Eine neu gestellte Diagnose – insbesondere psychiatrischer Art – genügt für sich allein nicht, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen. Denn damit wird über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälernenden Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt. Es kommt einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Massgebend sind in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (Urteil des Bundesgerichts 8C_389/2019 vom 5. September 2019 E. 4.2.2 mit Hinweisen auf Urteile 8C_175/2019 vom 30. Juli 2019 E. 3.2.1 und 9C_725/2018 vom 6. März 2019 E. 5.3.1 sowie BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

Dem Bericht von Dr. med. D._____ ist die Diagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradig (ICD-10 F33.1) zu entnehmen (VB 67 S. 4). Bezüglich der endgültigen Diagnosestellung sowie dem entsprechenden leitliniengerechten Setting bestünden jedoch Unklarheiten. Nachdem sich die Beschwerdeführerin am 8. November 2023 erstmals in der Sprechstunde von Dr. med. D._____ vorgestellt hatte, fanden vom 14. November bis 13. Dezember 2023 lediglich vier psychiatrisch-psychotherapeutische Sitzungen statt; seither befindet sich die Beschwerdeführerin ausweislich der Akten nicht mehr in einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen oder psychologisch-psychotherapeutischen Behandlung. Dr. med. D._____ äusserte sich zudem auch nicht dazu, ob und gegebenenfalls inwiefern Funktionseinschränkungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vorliegen. Des Weiteren

stehe die Beschwerdeführerin einer Medikation ablehnend gegenüber. Sie suche zwar nach Therapeutinnen, habe jedoch auch angegeben, dass sie die therapeutische Arbeit als anstrengend erlebe und es ihr Wunsch sei, einmal "nichts tun zu müssen" und dass keine Erwartungen an sie gestellt würden (VB 67 S. 5). Im Bericht von med. pract. C. _____ vom 21. September 2023 attestierte dieser der Beschwerdeführerin sodann einzig aus psychischen Gründen eine reduzierte bzw. aufgehobene Arbeitsfähigkeit, wozu dieser mangels entsprechenden Facharzttitels jedoch nicht fachkompetent ist. Befunde sind dem Bericht zudem keine zu entnehmen. Angesichts dieser Umstände ist es der Beschwerdeführerin nicht gelungen glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Die Beschwerdegegnerin ist daher auf die Neuanschuldung vom 30. November 2023 mit Verfügung vom 27. August 2024 zu Recht nicht eingetreten.

5.

5.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2.

Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.00 bis Fr. 1'000.00 festgesetzt. Für das vorliegende Verfahren betragen diese Fr. 400.00. Sie sind gemäss dem Verfahrensausgang der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

5.3.

Der Beschwerdeführerin steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.00 werden der Beschwerdeführerin aufgelegt.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. 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).

Aarau, 8. Mai 2025

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

1. Kammer

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

Kathriner

Meier