

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00501 vom 19. Januar 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-01-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00501

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00501 du 19 janvier 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00501 del 19 gennaio 2023

Erwägungen

E. 1.1

mit zahlreichen Hinweisen).

E. 1.2

Versichert nach Massgabe des 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. 1.3

Gemäss Art. 6 Abs. 1 IVG haben schweizerische und ausländische Staatsangehörige sowie Staatenlose vorbehältlich Art. 39 IVG Anspruch auf die in den Art. 4-51 IVG normierten Leistungen. Art. 6 Abs. 2 IVG bestimmt, dass ausländische Staatsangehörige – vorbehältlich Art. 9 Abs. 3 IVG sowie abweichender staatsvertraglicher Regelungen – nur anspruchsberechtigt sind, 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. Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität (Versicherungsfall) während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG).

E. 1.4

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 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. 1.5

Gemäss Art. 87 Abs. 2 IVV muss mit einem Revisionsgesuch und gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV mit einer Neuanmeldung glaubhaft gemacht werden, dass sich der Invaliditätsgrad anspruchrelevant verändert hat. Der versicherten Person kommt ausnahmsweise eine Beweisführungslast zu (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Die Eintretensvoraussetzung des Glaubhaftmachens soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, mithin keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Re ntengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1).

Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungs abweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Per son zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzu treten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hi nsicht 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 d ie Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs.

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte am 12. September 2022 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auf ihr Leistungsbegehren einzutreten (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 2. November 2022 schloss die Beschwerdege gnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Die von der Beschwerdeführerin am 25. Oktober 2022 eingereichte Eingabe (Urk. 5) und die medizinische n Unterlagen (Urk. 6/1-4) wurde n der Beschwerde gegnerin mit Verfügung vom 3. November 2022 zur Stellungnahme z ugestellt (Urk. 9), worauf sie am 29. November 2022 verzichtete (Urk. 10). Dies wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 1. Dezember 2022 mitgeteilt, zudem wurde ihr die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 11) . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Entscheid aus, seit der am 30. November 2015 erfolgten Abweisung des Leistungsbegehrens sei kein neuer medizinischer Sachverhalt glaubhaft gemacht worden, der sich zusätzlich auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirke. Die versicherungsmässigen Voraussetzungen seien daher weiterhin nicht erfüllt (Urk. 2 S. 1 f.).

In der Beschwerdeantwort ergänzte sie, die neuen Diagnosen und Befunde seien nicht geeignet, den Eintritt eines neuen Versicherungsfalls herbeizuführen oder den

Invaliditätsgrad zu beeinflussen. Mangels Glaubhaftmachung einer an spruchserheblichen Änderung sei die Beschwerde abzuweisen (Urk. 7 S. 1 f.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, ihr Gesundheitszustand habe sich seit der Abweisung des Leistungsbegehrens im Jahr 2015 massgeblich verschlechtert. Ihr Leistungsanspruch sei daher nochmals zu überprüfen (Urk. 1 S. 1).

In ihrer Stellungnahme vom 25. Oktober

2022 ergänzte sie, bei der Beurteilung ihres Anspruches würden immer Rückschlüsse auf eine Operation von 2005 gezogen. Seit dieser Operation sei sie einseitig blind, das andere Auge habe nur ein schmales Sehfeld und die Sehkraft lasse auch nach. Zusätzlich lägen Probleme aufgrund von Bluthochdruck und Schwindel vor, tägliche Hormonspritzen und mehrfache Medikamenteneinnahmen würden ihre Arbeitstätigkeit beeinträchtigen. Diese Beschwerden nähmen zu, so dass ihre Arbeitseinsätze immer beschwerlicher würden und bald unmöglich seien. Sie seien daher bei der Beurteilung ihres Anspruches auf Leistungen der Invalidenversicherung zu berücksichtigen. Allenfalls seien ihr Leistungen im Rahmen beruflicher Massnahmen zuzusprechen, so dass sie sich weiterbilden könne und nicht mehr körperliche Arbeiten verrichten müsse (Urk. 5 S. 1).

E. 2.3

In der Verfügung vom 30. November 2015 waren sowohl berufliche Massnahmen als auch der Anspruch auf eine Invalidenrente abgewiesen worden. Die Beschwerdeführerin macht die gleichen Leistungen geltend; somit hat die Beschwerdegegnerin zu Recht das Eintreten auf diese Anspruchsprüfungen davon abhängig gemacht, ob sich seit der letzten Verfügung eine massgebliche Veränderung ergeben hat, mithin die Normen der Neuanmeldung angewendet (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung IVG, 4. A., Art. 30 N 130 mit Hinweis).

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf das erneute Leistungsbegehren eingetreten ist.

Vorab ist festzuhalten, dass die Gerichte der beschwerdeweisen Überprüfung einer Nichteintretensverfügung den Sachverhalt zu Grunde legen, wie er sich der Verwaltung darbot. Ein erst in einem späteren Verfahrensstadium eingereichter Arztbericht ist daher selbst dann nicht in die Überprüfung miteinzubeziehen, wenn er Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand hinsichtlich des neuanmeldungsrechtlich relevanten Zeitraums zuliesse. Von diesem Grundsatz wäre gemäss bundesgerichtlicher Praxis lediglich dann abzuweichen, wenn die Beschwerdegegnerin das Neuanmeldungsverfahren in formeller Hinsicht nicht bundesrechtskonform durchgeführt hätte (Urteile des Bundesgerichts 9C_7/2019 vom 5. April 2019 E. 3.3 und 9C_570/2018 vom 18. Dezember 2019 E. 3.2.2, je mit Hinweisen).

Dies ist weder ersichtlich noch machte die Beschwerdeführerin Entsprechendes geltend. Die erst im Laufe des gerichtlichen Verfahrens eingereichten medizinischen Unterlagen (Urk. 6/1-4) sind demzufolge unbeachtlich.

E. 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 einget reten 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. 3.1

Die Rechtskraft von Verfügungen und (Einsprache- oder Beschwerde-) Ent scheiden über Dauerleistungen im Bereich der Sozialversicherung, unter anderem Renten der Alters- und Invalidenversicherung, ist grundsätzlich zeitlich un beschränkt. Sie erfasst die Anspruchsvoraussetzungen ebenso wie die Faktoren der Leistungsbemessung, soweit sie im Entscheidzeitpunkt abgeschlossene Sach verhalte betreffen. Es liegt insofern eine abgeurteilte Sache (res

iudicata) im Rechtssinne vor. Die betreffenden Anspruchsvoraussetzungen und Leistungs bemessungsfaktoren 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. Die vorstehenden Grundsätze gelten auch im Rahmen der Revision einer Dauerleistung im Sinne der Anpassung pro futuro an (nachträgliche) erhebliche Änderungen der tat sächlichen (und allenfalls rechtlichen) Grundlagen der ursprünglichen Leistung zusprechung. Damals bejahte Anspruchsvoraussetzungen und festgesetzte Leistungsbemessungsfaktoren, welche im Zeitpunkt der Verfügung oder des Ein spracheentscheids abgeschlossene Sachverhalte betreffen, können zufolge Rechtskraft nicht erneut überprüft werden. Vorbehalten bleibt das Zurück kommen auf den ursprünglich leistungszusprechenden Entscheid unter dem Titel Wiedererwägung oder prozessuale Revision. Anders verhält es sich mangels sach licher Identität bei einem neuen Versicherungsfall, d.h. bei Ablösung der bis herigen Rente durch eine neue Hauptrente, oder wenn zur ursprünglichen gesundheitlichen Beeinträchtigung eine davon völlig verschiedene Gesundheits störung hinzugetreten ist und zu einer Erhöhung des Invaliditätsgrades geführt hat (vgl. BGE 136 V 369 E. 3.

E. 3.2

Für die Umschreibung der Rechtskraft und der damit verbundenen Rechts beständigkeit eines den Anspruch auf eine Dauerleistung verneinenden negativen Entscheids muss auf die Begründungselemente zurückgegriffen werden. Betreffen diese, wie etwa die versicherungsmässigen Voraussetzungen, einen zeitlich ab geschlossenen, späteren Änderungen der Tatsachenlage nicht zugänglichen Sach verhalt, ist eine Überprüfung zufolge Rechtskraft ausgeschlossen, die An spruchs berechtigung als solche mithin endgültig dahingefallen. Vorbehalten bleibt eine Änderung der den leistungsablehnenden Entscheid tragenden rechtlichen Grund lagen, 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 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. 3.3

Streitgegenstand bi ldet vorliegend der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente sowie berufliche Massnahmen und dabei auf eine Umschulung unter dem Gesichtspunkt der versicherungsmässigen Voraussetzungen. Diese Frage bildete bereits Gegenstand der Verfügung vom 30. November 2015 . Schon damals ver neinte die Beschwerdegegnerin

einen Rentenanspruch und einen Anspruch auf berufliche Massnahmen unter Hinweis darauf, dass die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt seien, da die Beschwerdeführer in vor Eintritt des Gesundheitsschadens beziehungsweise in dem Zeitpunkt, in dem erstmals berufliche Massnahmen angezeigt gewesen wären, noch nicht während einem, beziehungsweise drei Jahren

Beiträge in der Schweiz bezahlt habe (Urk. 8/45). Diese Verfügung blieb unangetroffen. Da die Frage des Erfüllens der versicherungsmässigen Voraussetzungen bei Eintritt der Invalidität aufgrund des damals vorliegenden Gesundheitsschadens einen im Zeitpunkt der Verfügung vom 30. November 2015 abgeschlossenen Sachverhalt betrifft, erwuchs dieser - unangetroffen 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).

E. 3.4

Das Auftreten eines Gesundheitsschadens, der sich von demjenigen, der zum Zeitpunkt der Ablehnung des ersten Leistungsgesuchs bestand, völlig unterscheidet und der aufgrund seiner Art und Schwere geeignet ist, eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % im Jahresdurchschnitt zu verursachen, hat hingegen an sich den fehlenden sachlichen Zusammenhang mit dem Sachverhalt, der zum Zeitpunkt der Ablehnung des ersten Leistungsgesuchs bestand, die Wirkung, einen neuen Versicherungsfall zu schaffen (BGE 136 V 369 E. 3.1 S. 373 und Verweise; Urteil des Bundesgerichts 9C_294/2013 vom 20. August 2013 E. 4.2 mit Hinweisen).

Zu prüfen bleibt somit einzig, ob von einem neuen Versicherungsfall im Sinne der Rechtsprechung auszugehen ist, in welchem Falle der Beschwerdeführerin die Rechtskraft der Verfügung vom 30. November 2015 nicht entgegengehalten werden könnte.

E. 4.1.1

Die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin stellte sich im Zeitpunkt der Verfügung vom 30. November 2015 im Wesentlichen wie folgt dar:

Dr. Z.____ stellte in seinem Bericht vom

13. Januar 2014 die Diagnosen einer Amaurose und einer Hemianopsie nach links bei Status nach einer Rathke Zyste-Operation 2005 (Urk. 8/9/6). Zu Handen der Beschwerdegegnerin attestierte er am 21. August 2014 der Beschwerdeführerin eine 90-100 % ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/9/2). Auf entsprechende Nachfrage erläuterte er am 19. Januar 2015, aufgrund der ophthalmologischen Beurteilung bestehe die Arbeitsunfähigkeit eigentlich seit der Operation 2005. Dennoch habe die Beschwerdeführerin versucht, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. In ihrem ursprünglich gelernten Beruf als Landvermesserin habe sie nicht mehr tätig sein können und habe sich als Reinigungshilfe betätigt. Der genaue Zeitraum, seit wann sie diese Arbeiten nicht mehr ausführen könne, sei fließend. Sie sei auf verschiedene Medikamente angewiesen. Aufgrund der Operation seien ophthalmologisch eine Amaurose und eine Hemianopsie entstanden. Zudem berichte sie über medikamenteninduzierte Schwellungen, die nach gewisser Zeit stark schmerzhaft seien. Aufgrund der massiven Blickfeldeinschränkungen müsse sie als blind angesehen werden. Die geschwollenen Finger seien nach ein bis zwei Stunden so schmerzhaft, dass sie eine Pause benötige. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine

behinderungsangepasste Tätigkeit sollte jedoch ein bis zwei Stunden täglich möglich sein. Ob es diese Arbeit gebe, sei jedoch fraglich (Urk. 8/22/2).

E. 4.1.2

Die Beschwerdeführerin wurde am 20. Oktober 2014 aufgrund einer zu nehmenden Belastungsdyspnoe verbunden mit Hämoglobinabfall bei anamnestisch zweimaliger Meläna in den letzten Tagen notfallmässig in die medizinische Klinik des Spitals B.____

eingewiesen (Urk. 8/35/4). Die handelnden Ärzte diagnostizierten eine unklare pulmonale Druckerhöhung, eine schwere mikrozytäre hypochrome Anämie sowie eine ausgeprägte Schleimhautproliferation Naso-/Oro- und Hypopharynx (Urk. 8/35/3).

E. 4.1.3

Dr. med. C.____, Fachärztin für Innere Medizin, Diabetologie und Endokrinologie, stellte in ihrem am 29. Juli 2014 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht die folgenden Diagnosen (Urk. 8/7/1): - Status nach intra- und suprasellärer Rathke-Zyste mit Kompression des Chiasma Opticus

- totale Erblindung rechts und Hemianopsie temporal und unten links - partielle Hypophyseninsuffizienz - Ersatz von Minirin, Sexualhormonen und Wachstumshormonen

Am 2. Juni 2015 legte Dr. C.____ zudem dar, die Beschwerdeführerin sei ihr am 8. September 2005 erstmals zugewiesen worden, nachdem ihre Hormone post operativ entgleist seien. Zuvor sei sie am 21. Juni 2005 notfallmässig operiert worden, um das noch bestehende Augenlicht links zu erhalten, rechts sei sie bereits erblindet gewesen (Urk. 8/9/33/1). Trotz ihrer Einschränkungen im täglichen Leben (rasche Ermüdung und Behinderung durch totale Erblindung rechts) arbeite die Beschwerdeführerin so gut es halt gehe als Reinigungsfrau. Damit könne sie aber höchstens ein Einkommen von Fr. 1'000.-- bis maximal Fr. 1'500.-- erzielen, wovon sie nicht leben könne (Urk. 8/33/2).

E. 4.1.4

RAD-Arzt Dr. A.____ legte in seiner Stellungnahme vom 17. Februar 2015 dar, Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten die Diagnosen der totalen Erblindung links, der Hemianopsie temporal und unten links, die partielle Hypophyseninsuffizienz, der Status nach intra- und suprasellärer Rathke Zyste mit Kompression des Chiasma Opticus im Jahr 2005 sowie der Ersatz von Minirin, Sexualhormon und Wachstumshormon. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der hochgradigen Einschränkung im Sehvermögen für ihre bisherigen Tätigkeiten als Landvermesserin und Haushaltsreinigerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit 2005 zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei aus versicherungsmedizinischer Sicht davon auszugehen, dass in einer angepassten Tätigkeit eine gewisse Leistungsfähigkeit bestehe, die Höhe und Verwertbarkeit dieser Leistungsfähigkeit sei aktuell nicht abschliessend beurteilbar (Urk. 8/23/3).

E. 4.1.5

Im am 20. Oktober 2015 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht legte Dr. med. D.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, dar, die Beschwerdeführerin sei bei ihr aufgrund einer Anämie sowie einer unklaren Mikrohämaturie mit Flankenschmerzen vorstellig gewesen, die keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (Urk. 8/41/1).

E. 4.1.6

Gestützt auf diese medizinische Aktenlage kam die Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass die Invalidität hinsichtlich des Rentenanspruches bereits im Jahr 2005 und hinsichtlich des Anspruchs auf berufliche Massnahmen im Jahr 2015 (Zeitpunkt der Antragsstellung) eingetreten sei. Da die Beschwerdeführerin die Mindestbeitragszeit für beide Leistungsarten nicht erfüllt habe, seien die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt. Demgemäss verneinte sie mit Verfügung vom 30. November 2015 sowohl einen Rentenanspruch als auch einen Anspruch auf berufliche Massnahmen (Urk. 8/45, vgl. auch Urk. 8/23). Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 4.2

.5

Die Beschwerdeführerin begab sich am 1. Dezember 2021 zur Mitbeurteilung der Adipositas WHO Grad 2 in die Adipositas-Sprechstunde des Adipositas Zentrums Zürich des Universitätsspitals E.____. Oberärztin Dr. med.

G.____ legte dar, es bestehe seit etwa fünf Jahren eine Gewichtsproblematik. Hinweise auf eine sekundäre Ursache der Adipositas hätten sich anamnestisch, klinisch und laborchemisch nicht ergeben. Allerdings bestehe bei Wachstumshormonmangel eine pathologische Fettverteilung. An adipositasrelevanten Folgeerkrankungen bestehe eine arterielle Hypertonie, ein Prädiabetes und eine Hyperlipidämie. Ferner fühle sich die Beschwerdeführerin in ihrem Bewegungsradius im Alltag eingeschränkt und möchte sich wieder wohl fühlen. Sie hätten die Durchführung von konservativen Massnahmen besprochen (Urk. 8/55/9). Anlässlich einer Verlaufskontrolle vom 21. April 2022 berichtete Dr. G.____ sodann, es sei bereits zu einer Gewichtsabnahme von 2.5 kg gekommen. Die Behandlung mit Saxenda werde gut vertragen und werde weitergeführt (Urk. 8/55/5).

E. 4.2.1

Im aktuellen Neuanmeldungsverfahren wurden die folgenden medizinischen Unterlagen zu den Akten genommen:

Die Beschwerdeführerin wurde am 21. Januar 2021 im Universitären Herzzentrum des Spitals E.____

ambulant kardiologisch untersucht. Die untersuchenden Ärzte stellten in ihrem Bericht vom 21. Januar 2021 die folgenden Diagnosen (Urk. 8/55/37): - arterielle Hypertonie - rezidivierende Ödeme der Extremitäten - intra- und supraselläre Rathke-Zyste mit massiver Kompression des Chiasmata, Erstdiagnose 06/2005 - komplette Hypophysenvorder- und -hinterlappeninsuffizienz - Hypokaliämie - Adipositas WHO Grad II, BMI 34.7 kg/m² - transfusionspflichtige Eisenmangelanämie, Erstdiagnose 10/2014 - Uterus myomatosus, Erstdiagnose 10/2014 - relativer Vitamin-D-Mangel, Erstdiagnose 01/2021

Die Ärzte führten aus, in der Sprechstunde hätten sie eine kardiopulmonal kompensierte, beschwerdefreie Patientin in gutem Allgemeinzustand mit hypertensiven Blutdruckwerten gesehen.

In Zusammenschau der Befunde würden sie auf Grund der dokumentierten Blutdruckmesswerte zu Hause von einer arteriellen Hypertonie ausgehen, bislang ohne diesbezügliche echokardiografische Veränderungen. Die hypertensiven Blutdruckwerte könnten im Zusammenhang mit der Hydrocortisontherapie bei zudem entsprechendem

Phänotyp im Sinne eines Hypercortisolismus stehen. Selbstverständlich kämen sekundäre Hypertonieursachen in Frage, wobei eine endokrinologische Ursache in diesem Kontext wahrscheinlicher zu sein scheint. Aktuell sehen sie keine kardiologische Ursache für die bestehenden Beinödeme. Eine weitere kardiologische Kontrolle sei nicht geplant (Urk. 8/55/39 f.).

E. 4.2.2

Nachdem am 26. April 2021 ein MRI des Gehirns inklusive Schädelkalotte und der Sella durchgeführt worden war (Urk. 8/55/35 f.), stellte PD Dr. med. F.____, leitender Arzt der Klinik für Neurochirurgie des Universitätsspitals E.____, in seinem Bericht vom 29. April 2021 die bereits bekannten Diagnosen (Urk. 8/55/33 f.). Er hielt fest, die durchgeführte Bildgebung zeige einen regelrechten Befund, ohne weitere Hinweise auf einen Tumorrest oder ein Rezidiv. Bei klinisch stabilem Verlauf sei eine nächste Kontrolle in vier Jahren geplant. Als Zufallsbefund bestehe der Verdacht auf einen Verschluss der rechten Karotis, was soweit beurteilbar in den Vorbildern nicht vorhanden gewesen sei. Obwohl die Beschwerdeführerin im Moment asymptomatisch zu sein scheint, sei eine Standortbestimmung in der neurovaskulären Sprechstunde indiziert (Urk. 8/55/34).

E. 4.2.3

In ihrem Bericht vom 31. Mai 2021 führte Dr. med. G.____, Oberärztin an der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, und klinische Ernährung des Universitätsspitals E.____, aus, im Januar 2019 sei es zu einer vermehrten Müdigkeit und Erschöpfungszuständen gekommen, worauf eine corticotrope Insuffizienz festgestellt und eine Hydrocortisonsubstitution eingeleitet worden sei. Zu Addison-Krisen sei es nicht gekommen. Klinisch seien generalisierte Ödeme in den Extremitäten aufgefallen, die bisher nicht weiter abgeklärt worden seien. Im letzten halben Jahr sei es zu einer Gewichtszunahme von etwa 15 kg gekommen. Anlässlich der aktuellen Verlaufskontrolle habe die Beschwerdeführerin von einem gebesserten Allgemeinzustand berichtet, eine Anpassung der Hydrocortisondosis sei nicht erforderlich gewesen. Nach Reduktion der hohen abendlichen diuretischen Behandlung bestünden keine Nykturie, keine vermehrte Müdigkeit, keine Infekte und kein Fieber (Urk. 8/55/15). In der aktuellen Hormonanalytik habe sie bei bekannter thyreotroper Insuffizienz einen fT4-Spiegel im oberen Normbereich gesehen, so dass die thyreotrope Achse gut eingestellt sei. Unter der Wachstumshormontherapie zeige sich ein normwertiger IGF-1-Spiegel. Ferner habe sich klinisch eine gute Einstellung der gonadotropen Insuffizienz bei regelmässiger Entzugsblutung gezeigt. Der Diabetes insipidus sei klinisch und laborchemisch bei Normonatriämie und normwertiger Serumosmolalität gut eingestellt. Die nächste Kontrolle sei etwa in einem Jahr geplant (Urk. 8/55/17).

E. 4.2.4

Am 9. Juli 2021 wurde die Beschwerdeführerin in der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals E.____

neuroangiologisch untersucht. Die untersuchenden Ärzte hielten fest, es bestehe keine Atheromatose der extrakraniellen hirnversorgenden Gefässe, in denen ein Verdacht auf einen Verschluss der Arteria

carotis

interna (ICA) rechts ab Abgang mit Kollateralisierung über die retrograde Arteria cerebri anterior (ACA) rechts und die retrograde Arteria

ophthalmica rechts, als Nebenbefund sei eine Hyperplasie der Arteria vertebralis links festgestellt worden. Ansonsten sei der farbduplexsonographische Untersuchungsbefund extra-/transkranial und transforaminal unauffällig. Anamnestisch und klinisch hätten in der aktuellen Untersuchung keine Schlaganfallverdächtigen Symptome erhoben werden können. Bei asymptomatischer Präsentation würden sie einen chronischen Prozess vermuten (Urk. 8/55/28).

Anlässlich einer Verlaufskontrolle vom 16. August 2021 ergänzten sie, anamnestisch und klinisch hätten sich keine zwischenzeitlichen Schlaganfallverdächtigen Ereignisse eruieren lassen. In der klinischen Untersuchung hätten sich die vorbekannte Amaurose rechts und die temporale Hemianopsie nach links bei ansonsten fehlenden fokalen neurologischen Defiziten gezeigt. Mittlerweile seien ein BOLD und NOVA MRI erfolgt, wobei sich eine gute Kollateralisierung / Perfusion bei bekanntem ICA-Verschluss rechts gezeigt habe, so dass bei der asymptomatischen Patientin aktuell kein Interventionsbedarf bestehe (Urk. 8/55/26 f.).

E. 4.2.6

Dr. Z.____ stellte in seinem Bericht vom 8. März 2022 die Diagnosen einer Amaurose, einer Hemianopsie nach links sowie eines Status nach einer Rathkezyste mit Operation im Jahr 2005. Seit der Operation 2005 sei die Beschwerdeführerin auf dem rechten Auge erblindet und sehe links nur noch die Hälfte des Gesichtsfeldes, zusätzlich liege eine Visusreduktion auf 40 % vor. Dies werde sich nicht mehr verbessern (Urk. 8/46).

E. 4.2.7

RAD-Arzt Dr. A.____ legte in seiner Aktenbeurteilung vom 6. Juli 2022 dar, aus arbeitsmedizinischer Sicht bestehe bezüglich des Augenleidens ein im wesentlichen unveränderter Befund im Vergleich zum Februar 2015. Die bisherige Adipositasbehandlung werde als erfreulich beschrieben. Bisher habe kein Rezidiv der Rathke-Zyste, welche 2005 operiert worden sei, stattgefunden. Die Beschwerdeführerin habe über einen gebesserten Allgemeinzustand berichtet, es bestehe eine verminderte körperliche Belastbarkeit. Ferner werde die Diagnose eines asymptomatischen, am ehesten chronischen Verschlusses der A. carotis

interna gestellt. Schliesslich sei eine arterielle Hypertonie abgeklärt worden und eine entsprechende Therapie begonnen worden. Eine (zusätzliche) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich aus den genannten Berichten nicht. An der RAD-Stellungnahme vom 17. Februar 2015 könne bezüglich der Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit und dem damaligen Belastungsprofil weiter hin festgehalten werden (Urk. 8/58/3).

E. 5.1

Aufgrund der Akten ist ausgewiesen – und auch in keinerlei Hinsicht bestritten

–, dass die Beschwerdeführerin an gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidet, die sie in ihrer Arbeitsfähigkeit sowohl als Geometerin als auch in der Reinigungstätigkeit erheblich einschränken. Demgegenüber ist strittig und zu prüfen, ob seit der Verfügung vom 30. November 2015, 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 Versicherungsfalls im Sinne der Rechtsprechung vorliegen (E. 1.5; E. 3.4).

E. 5.2

Im Verfügungszeitpunkt am 30. November 2015 war die Beschwerdeführerin bereits aufgrund der intra- und suprasellären Rathke-Zyste mit Kompression des Chiasma opticus operiert worden und die Amaurose und Hemianopsie sowie die partielle Hypophyseninsuffizienz mit entsprechendem Hormonmangel bereits eingetreten, diese Beschwerden lagen dem damaligen Entscheid denn auch massgeblich zu Grunde (vgl. Urk. 8/23). Zwar lassen sich den Akten Hinweise auf eine gewisse Verschlechterung dieser vorbestehenden Beschwerden entnehmen, unter anderem eine nun komplette

Hypophyseninsuffizienz. Bei einer Verschlechterung der ursprünglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen handelt es sich indes nicht um einen neuen Versicherungsfall im Sinne der Rechtsprechung (vgl. E. 3.4). Ebenso im Vergleichszeitpunkt waren bereits vorhanden, indessen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, die Eisenmangelanämie und die Ödeme der Extremitäten (Urk. 8/22/2, Urk. 8/41/1). Von einer fehlenden erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch diese Diagnosen ist auch weiterhin auszugehen, den aktuellen medizinischen Unterlagen ist nichts Gegenteiliges zu entnehmen.

Im Verlauf seit 2015 neu hinzugetreten sind die Diagnosen einer arteriellen Hypertonie, einer Hypokaliämie, einer Adipositas, eines Vitamin D3-Mangels sowie eines Verschlusses der ICA rechts. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, 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 ausgemessen ist (BGE 141 V 9 E. 5.2). Massgebend ist auch im Zusammenhang mit einer Neuanschuldung einzig, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben 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 durch die neu hinzugetretenen Diagnosen relevant beeinträchtigt wäre, lässt sich jedoch den im Neuanschuldungsverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen nicht entnehmen, vielmehr machten die behandelnden Ärzte keinerlei Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geltend. Insbesondere wird die von der Beschwerdeführerin als ihre Arbeitsfähigkeit einschränkend angeführte Hypertonie (Urk. 5) medikamentös behandelt, dennoch dadurch bestehende Beeinträchtigungen werden nicht beschrieben (Urk. 8/55/40). Der Verschluss der ICA wird sodann von den behandelnden Ärzten als asymptomatisch bezeichnet (Urk. 8/55/28).

Insgesamt sind keine Anhaltspunkte für den Eintritt eines neuen Versicherungsfalls im Sinne der Rechtsprechung vorhanden.

E. 5.3

Dass sich an der gesundheitlichen Ursache ihrer Arbeitsunfähigkeit etwas Relevantes verändert hätte, vermag die Beschwerdeführerin mit den im Neuanschuldungsverfahren eingereichten Berichten nicht glaubhaft darzutun. Mithin hat sie das Vorliegen eines neuen Versicherungsfalles im Sinne einer relevanten Erhöhung des Invaliditätsgrades aufgrund

einer von der ursprünglichen gesundheitlichen Beeinträchtigung völlig verschiedenen Gesundheitsstörung nicht glaubhaft gemacht, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht auf ihr neues Leistungsgesuch nicht eingetreten ist. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 6

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen ist, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 500.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der 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 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 Fehr Engesser

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