

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00589 vom 23. Februar 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-02-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00589](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00589)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00589 du 23 février 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00589 del 23 febbraio 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, KS ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend ebenfalls frühestens ab diesem Datum in Betracht fällt, sind die ab 1. Januar 2022 gültigen Rechtsvorschriften anwendbar.

### **E. 1.2**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten.

### **E. 1.3**

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, mit hin 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 betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungs ablehnung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person 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 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).

#### **E. 1.4**

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6) erstellt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C\_735/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.2). Für das Beweismass des Glaubhaftmachens genügt es, dass für das Vorhandensein des behaupteten rechtserheblichen Sachumstands wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt per se, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage. Je länger die letzte materielle Prüfung zurückliegt, umso weniger strenge Anforderungen sind an die Glaubhaftmachung zu stellen (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b; Urteile des Bundesgerichts 9C\_556/2021 vom 3. Januar 2022 E. 6.1 und 9C\_57/2021 vom 8. Juli 2021 E. 4.2, je mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

Gemäss höchst richterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der

Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.).

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 4. November 2022 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 4. Oktober 2022 und beantragte, diese sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr die gesetzlich zustehenden Versicherungsleistungen zu erbringen (S. 2 Ziff. 1), eventuell sei zuvor ein gerichtliches Gutachten zur Frage der Arbeitsfähigkeit einzuholen (S. 2 Ziff. 2), eventuell sei die Sache zur Ergänzung des Verfahrens und zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 2 Ziff. 3).

Mit Beschwerdeantwort vom 14. Dezember 2022 (Urk. 6) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführer in mit Verfügung vom 19. Dezember 2022 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete das Nichteintreten auf das neue Leistungsbegehren in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) damit, dass die Beschwerdeführer in keine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands glaubhaft gemacht habe. Die Prüfung der Aktenlage habe keine Veränderung gezeigt.

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführer in stellte sich demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) auf den Standpunkt, der RAD habe den Fall beurteilt, ohne sie untersucht zu haben, was schon von vornherein nicht seriös sei. Im Feststellungsblatt vom 18. Juli 2022 schreibe die RAD-Ärztin unter anderem, durch den behandelnden Arzt würden multiple muskuloskelettale Beschwerden bei Status nach OSG-Fraktur links im September 2010 berichtet. Die RAD-Ärztin habe ausgeführt, diese Beschwerden seien vorbestehend und anlässlich der RAD-Stellungnahme von Oktober 2021 berücksichtigt worden. Entgegen diesen Ausführungen sei darin von muskuloskelettalen Beschwerden nichts zu lesen. Es werde deshalb bestritten, dass diese Beschwerden vorbestehend seien und anlässlich der RAD-Stellungnahme von Oktober 2021 berücksichtigt worden seien. Es sei davon auszugehen, dass diese Beschwerden neu und – neben des allfälligen CRPS – hauptsächlich oder sogar ausschliesslich für die Verschlechterung des Zustands verantwortlich seien. Das Belastungsprofil sei deshalb überholt und bedürfe der Neubeurteilung (S. 5).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung zu Recht nicht eingetreten ist, wobei namentlich zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführer in glaubhaft gemacht hat, dass sich der Invaliditätsgrad seit der letzten materiellen Prüfung anspruchrelevant verändert hat (vgl. vorstehend E. 1.2-1.3).

Mit der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 17. Mai 2022 (Urk.

## **E. 7**

/ 94) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführer in eine befristete ganze Rente zu und verneinte einen weiteren Rentenanspruch ab September 2020. Zu vergleichen ist somit der Sachverhalt im Zeitpunkt der Zusprache der befristeten Rente im Mai 2022 mit demjenigen, welcher der hier angefochtenen Verfügung vom 4. Oktober 2022 zugrunde lag. 3. 3.1

Der rechtskräftigen Verfügung vom 17. Mai 2022 (Urk. 7/94) lagen im Wesentlichen die folgenden Berichte zugrunde: 3.2

Die Ärzte der Rehaklinik Y.\_\_\_\_ berichteten am 12. Februar 2020 (Urk. 7/46) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 7. bis 29. Januar 2020 und nannten folgende Diagnosen: - Unfall vom 26. September 2010: auf der Treppe ausgerutscht - laterale Malleolarfraktur Typ Weber B links mit Läsion des medialen Bandapparates - osteochondrale Läsion mediale Talusschulter Fuss links

Sie führten aus, bei Austritt bestünden eine eingeschränkte Beweglichkeit des oberen und unteren Sprunggelenks (OSG und USG) links, belastungsabhängige Schmerzen am Knöchel links sowie ein hinkendes Gangbild mit Entlastung links. Für den 26. Februar 2020 sei eine Osteosynthesematerialentfernung geplant. Weitere physiotherapeutische Massnahmen seien bis zur bevorstehenden Operation nicht vorgesehen. Die Tätigkeit als Verkaufsberaterin sei der Beschwerdeführerin aktuell nicht zumutbar. Die Anforderungen seien zu hoch, da es eine mittelschwere, gehend-stehende Tätigkeit sei. Es bestehe seit dem 30. Januar 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Zumutbarkeit in einer anderen beruflichen Tätigkeit werde noch festgelegt (S. 1 f.). Die Beschwerdeführerin habe 2010 einen Unfall durch Ausrutschen auf einer Treppe mit lateraler Malleolarfraktur Typ Weber B links mit Läsion des medialen Bandapparates erlitten, welche operativ versorgt worden sei. Im weiteren Verlauf sei 2015 eine osteochondrale Läsion festgestellt worden. Es seien weitere operative Eingriffe erfolgt, zuletzt im Juni 2019 ein Eingriff mit unter anderem einer Kalkaneusverlängerungsosteotomie mit Spongiosaplastik aus dem ipsilateralen Beckenkamm. Im Vordergrund stünden die belastungsabhängigen Schmerzen sowie eine eingeschränkte Beweglichkeit am linken OSG. Das Ausmass der physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht gut erklären (S. 3).

### 3.3

Prof. Dr. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte im Bericht vom 14. Januar 2021 (Urk. 7/83/198-199) die folgenden, hier verkürzt wiedergegebenen Diagnosen: - Zustand nach diagnostischer OSG-Arthroskopie mit ventralem OSG Narben-Shaving, knöchernem Talar-Neck-Shaping, Osteosynthese - sematerialentfernung medialer Malleolus und Calcaneus OSG links am 26. Februar 2020 bei ventralem Knochen- und Weichteil-Impingement sowie stören dem Osteosynthesematerial OSG links bei: - Zustand nach komplexer Revisionschirurgie OSG/ Rückfuss links am 26. Juni 2019 bei: - Posttraumatisches Schmerzsyndrom OSG links Die Beschwerdeführerin beschreibe noch diffuse Beschwerden am lateralen OSG. In der Nacht schlafe der Fuss ein. In der klinischen Untersuchung zeige sich eine diffuse Druckdolenz am lateralen USG/Sinus talaris. Die Beweglichkeit des OSG und des USG seien frei, das OSG stabil. Es sei keine Schwellung am OSG vorhanden. Empfohlen werde weiterhin ein konservatives Therapieregime. Der Endzustand sei erreicht. Die Restbeschwerden seien weichteiltechnisch und nicht vom OSG. 3.4

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin Chirurgie, Suva-Kreisärztin, nahm am 8. März 2021 bezugnehmend auf den Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.3) Stellung (Urk. 7/83/117-118) und führte aus, mit weiteren medizinischen Massnahmen sei kein besseres

Heilungsergebnis zu erzielen, es liege ein Endzustand vor. Es könne davon ausgegangen werden, dass sich die Situation weiter stabilisiert habe und sich die Beweglichkeit im OSG und im USG seit der kreisärztlichen Untersuchung im Juli 2020 verbessert und jetzt seitengleich frei bei stabilem OSG sei. Auch die aktuelle bildgebende Diagnostik vom 23. Februar 2021 zeige insgesamt die vorbestehenden postoperativen Veränderungen sowie einen regredient abnehmenden Reizzustand. Die Beschwerdeführerin werde auch in Zukunft immer in einer rein stehenden/gehenden Tätigkeit eine gewisse Einschränkung/Belastung haben. Es sei sinnvoll, dass die Beschwerdeführerin eine entsprechende Arbeitsstelle suche. Es liege ein Jahr nach Metallentfernung eine volle Arbeitsfähigkeit entsprechend dem angepassten Zumutbarkeitsprofil (leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit, wobei Gehen über 300-500 Meter repetitiv eingeschränkt sei, Sitzen in Zwangsstellung für das linke Bein nicht zumutbar sei und häufige Stellungswechsel an einem Arbeitsplatz möglich sein müssten, ohne kniende/kauernde Tätigkeiten, ohne Treppensteigen, ohne Arbeiten auf Leiter beziehungsweise Gehen auf unebenem Gelände; vgl. Verfügung der Suva vom 12. Juli 2021 in Urk. 7/83/45-49 S. 2) vor. 3. 5

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 12. Oktober 2021 Stellung (Urk. 7/85/6-7) und führte aus, gemäss der kreisärztlichen Untersuchung von Juni 2020 könnten folgende Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden: - Zustand nach posttraumatischem Schmerzsyndrom OSG links mit - rezidiv- osteochondrale Läsion medialer Talus - posttraumatischer medialer und lateraler OSG-Bandinstabilität mit asymmetrischem posttraumatischem progressiven Pes

planovalgus et abductus Fuss links - Zustand nach ORIF OSG links bei Weber B-Fraktur links (September 2010) - OSME OSG links (2011) - OSG-Arthroskopie, Shaving und Mikrofrakturierung mediale Talus-OCL OSG links (April 2015) - A MIC-Plastik durch mediale Malleolus-Osteotomie (November 2016) - OSME medialer Malleolus, OSG-Arthroskopie, Shaving (Juni 2018) - Zustand nach diagnostischer OSG-Arthroskopie (Februar 2020) mit ventralem OSG-Narben-Shaving, knöchernem Talar-Neck-Shaping, Osteosynthesematerialentfernung medialer Malleolus und Calcaneus OSG links - ventrales Knochen- und Weichteil-Impingement sowie störendes Osteosynthesematerial OSG links bei Zustand nach komplexer Revisionschirurgie OSG/ Rückfuss links (Juni 2019)

Er führte aus, vom 26. August 2014 bis 31. Mai 2020 habe eine 100%ige und ab dem 1. Juni 2020 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit als Marktleiter-Stellvertreterin bestanden, da es sich um eine überwiegend gehende und stehende Tätigkeit handle, welche der Beschwerdeführerin vollumfänglich nicht mehr zumutbar sei. In einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil habe vom 26. August 2014 bis 31. Mai 2020 eine 100%ige, vom 1. Juni bis 31. August 2020 eine 20%ige und ab dem 1. September 2020 keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden.

#### 4. 4.1

##### 4.1.1

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 15. Juni 2022 (Urk. 3/9 = Urk. 7/104/8-9) die folgenden Diagnosen: - multiple muskuloskelettale Beschwerden bei Status nach OSG-Fraktur links im September 2010 mit rezidivierenden chirurgischen Eingriffen - deutlicher Flankenschmerz linksbetont mit Ausstrahlungen ins

Abdomen aber auch in den Oberschenkel links mit/bei deutlichen myofaszi-  
alen Triggerpunkten im Musculus quadratus lumborum - zervikales bis zerviko-zephales  
linksbetontes Schmerzsyndrom mit/bei massiven myofaszialen Triggerpunkten im  
Musculus splenius capitis beidseits und weniger im Musculus trapizius descendens  
beidseits und segmentaler Dysfunktion C2/3 links - praktisch ständiger Knieschmerz rechts  
bei leichtem Valgus

Die Beschwerdeführerin klagt über starke Schmerzen lumbal, im Knie rechts und am  
ganzen Körper. Zusätzlich habe sie krampfartige Schmerzen nachts im linken Bein,  
deutliche Beschwerden in der linken Flanke sowie aktuell starke Ausstrahlungen vom  
Nacken in den Kopf und ins Auge links. Die Beschwerdeführerin sei ihm überwiesen  
worden aufgrund eines zunehmend chronifizierten Schmerzsyndroms im Bereich des fast  
ganzen Bewegungsapparates (S. 1 f.). 4.1.2

Dr. C.\_\_\_\_ berichtete am 1. Juli 2022 (Urk. 7/98) und nannte nebst den bereits genannten  
Diagnosen (vgl. vorstehend E. 4.1.1) die folgende Diagnose (S. 1):

- deutliche muskuläre Dekonditionierung mit deutlichen Stabilisierungsdefiziten im Ru-  
mpf- und Beinachsenbereich bei zusätzlich deutlicher Adipositas

Er führte aus, die Beschwerdeführerin berichte über den Verlauf nach der letztmaligen  
Behandlung, wobei damals lumbal ein intensives Dry Needling im Musculus quadratus  
lumborum links durchgeführt sowie zusätzlich im Nacken die Kopfgelenke manipuliert und  
die subokzipitale Muskulatur behandelt worden seien. Auf diese Behandlung hin habe die  
Beschwerdeführerin im lumbalen Bereich eine Schmerzverstärkung verspürt, welche bis  
heute anhalte. Im Nackenbereich sei sie für drei Tage beschwerdefrei gewesen und in der  
Folge seien ihre bekannten und üblichen Verspannungs- und Kopfschmerzen wieder  
zurückgekehrt (S. 1).

Radiologisch zeige sich lumbal ein nicht sehr eindrücklicher Befund mit leichten ventralen  
Spondylosen. Dies deute ebenfalls auf muskuläre Stabilisierungsdefizite hin. Der  
radiologische Befund am rechten Knie sei absolut bland. Insgesamt sei nicht davon  
auszugehen, dass mit einer passiven, rein muskulären Behandlung lumbal und im  
Schulter-Nackenbereich eine nachhaltige und deutliche Verbesserung erzielt werden  
könne. Die Beschwerdeführerin sollte dringend ein muskuläres Aufbautraining zusammen  
mit einem Ausdauertraining absolvieren, um die defizitäre Muskulatur aufzutrainieren,  
ihre Stabilisierungsfähigkeit zu verbessern und ihr Körpergewicht zu reduzieren. Bei einem  
chronischen Schmerzsyndrom im Bereich des Sprunggelenkes, wo deutliche  
Veränderungen radiologisch sichtbar seien, sei dies nicht einfach durchzuführen, weshalb  
das Training in einem Zentrum durchzuführen sei, wo es Spezialisten und Physiotherapeuten  
habe. 4.2

Dipl.-med.

D.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, RAD der Beschwerdegegnerin, nahm  
am 13. Juli 2022 Stellung (Urk. 7/102/2-3) und führte aus, durch den behandelnden Arzt  
würden multiple muskuloskeletale Beschwerden bei Status nach OSG-Fraktur links im  
September 2010 berichtet. Diese Beschwerden seien vorbestehend und seien anlässlich der  
RAD-Stellung - nahme im Oktober 2021 berücksichtigt worden. Eine muskuläre Dekon-  
ditionierung bei Adipositas werde durch den Behandler ebenfalls berichtet. Diese sei nicht  
von Krankheitswert und könne mit geeigneten Massnahmen behandelt werden. Eine

Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei anhand der einge reichten Unterlagen nicht ausgewiesen. 4.3

Die Ärzte der E.\_\_\_\_ Klinik berichteten am 1 8. August 2022 ( Urk. 7/104/3-5) über die Untersuchung der Beschwerdeführerin in der Sprechstunde und führten aus, die Belastungsschmerzen beim Laufen oder auch Anlaufen gingen in erster Linie vom OSG links bei Nachweis einer fortgeschrittenen OSG-Arthrose respek tive einer grösseren Knochen-/Knorpelläsion an der medialen Talusschulter aus.

Die Ruheschmerzen , das Taubheitsgefühl sowie die Missempfindungen hingen wahrscheinlich mit den mehrfach durchgeführten Operationen zusammen. Insgesamt lägen keine sicheren Infektions- oder Dystrophiezeichen vor. Von fuss chirurgischer Seite her bliebe allenfalls noch die Durchführung einer OSG Arthrodese, wobei bei einem weiteren operativen Vorgehen grösste Zurückhaltung gewahrt werden sollte , da zu befürchten sei, dass die Beschwerden, wie nach jeder anderen zuvor durchgeführten Operation, weiter zunehmen könnten.

4.4

Die Ärzte des Spitals F.\_\_\_\_ berichteten am 2 2. August 2022 ( Urk. 7/104/1-2) über die kardiologische Untersuchung der Beschwerdeführerin und nannten als Diagnose eine symptomatische, phasenweise unterschiedlich ausgeprägte ventri kuläre Extrasystolie sowie eine Sprunggelenksarthrose links nach kompliziert verlaufener Weber-B-Fraktur 201 0. Sie führten aus, sie hätten die Beschwerde führerin bereits im Mai 2020 wegen Extrasystolie in der Sprechstunde gesehen. Die heutige Echokardiografie habe einen normalen, altersentsprechenden Befund gezeigt und während der Untersuchung hätten sich keine Extrasystolen nach weisen lassen. Es handle sich dabei zwar um ein lästiges Phänomen, welches jedoch nicht bedrohlich sei und die Lebenserwartung nic ht beeinträchtige. Die Beschwerdeführerin müsse sich körperlich nicht schonen. 4.5

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 6. September 2022 ( Urk. 7/105) und nannte folgende Diagnosen: - fortgeschrittene OSG-Arthrose links - multiple muskuloskelettale Beschwerden in Folge der Fehlhaltung und Überbelastung - Schlafstörungen und psychovegetative Stressreaktion in Folge der chro nischen Schmerzerkrankung und erhöhter psychosozialer Belastung

Er führte aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren als Hausarzt. Wegen Verschlechterung der Gesamtsituation habe sich die Beschwerdeführerin wieder bei der Invalidenversicherung angemeldet, was er als Hausarzt sehr unterstütze. Die Situation habe sich für die Beschwerdeführerin im letzten Jahr verschlechtert. Verschiedene therapeutische Massnahmen hätten die Beschwerden nicht lindern können. Auf grund der Schmerzexazerbation links sei es zu ausge dehnten Überlastungsreaktionen mit muskuloskelettalen Beschwerden im gesam ten Rückenbereich, inklusive Becken- und Schultergürtel, sowie der rechten Ext remität und in der Folge zunehmen d auch zu psychovegetativen Stressreaktionen (funktionelle Herzbeschwerden, Extrasystolie ) und ausgeprägten S chl afstörungen gekommen.

Die Art und Weise, wie die Schmerzen im linken Bein beschrieben würden ( zum Beispiel Ruheschmerzen und lageabhängige Schmerzen ) , liessen ein complex regional pain syndrome

(CRPS) vermuten. Dies sei seines Wissens bisher nicht spezifisch abgeklärt worden. Aufgrund der Gesamtsituation sei die Beschwerdeführerin gegenwärtig nur stark vermindert belastbar und darum auch nicht arbeitsfähig. Aus diesem Grund befürworte er eine erneute Beurteilung. Es müsste hier eine polydisziplinäre Begutachtung durchgeführt werden. 4.6

RAD-Ärztin d ipl -med. D.\_\_\_\_ nahm am 3. Oktober 2022 erneut Stellung ( Urk. 7/107/2-3) und führte aus, die Extrasystolie wirke sich aus versicherungs medizinischer Sicht nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die darüber hinaus beschriebenen Beschwerden /Diagnosen seien vorbekannt, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen. 4.7

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin zwei nach Verfügungserlass datierende Schreiben ein: 4.7.1

Im Bericht vom 17. Oktober 2022 hielt Dr. G.\_\_\_\_ die bereits bekannten Diagnosen fest (vgl. vorstehend E. 4.5), warf die Frage nach einem CRPS auf und über wies die Beschwerdeführerin zur neurologischen Beurteilung an die E.\_\_\_\_ Klinik ( Urk. 3/13). 4.7.2

Mit Schreiben der E.\_\_\_\_ Klinik vom 20. Oktober 2022 wurde die Beschwerdeführerin zum Untersuchungstermin im Dezember 2022 aufgeboten ( Urk. 3/14). 5. 5.1

Mit den im Rahmen der erneuten Anmeldung eingereichten Berichten (vorstehend E. 4) vermag die Beschwerdeführerin entgegen ihren Ausführungen keine relevante Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes glaubhaft darzutun.

So werden zwar mit den muskuloskelettalen Beschwerden mit Flankenschmerz, mit zervikalem bis zerviko-zephallem Schmerzsyndrom, Knieschmerzen, einer OSG-Arthrose und den Schlafstörungen beziehungsweise der psychovegetativen Stressreaktion neue Diagnosen genannt . Angesichts der aktuell erhobenen Befunde lässt sich jedoch eine Verschlechterung nicht erkennen. Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsun fähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt per se, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (vgl. vorstehend E. 1.4) . Diese fehlt jedoch, da aus den im Rahmen der Neuanmeldung eingereichten Berichten (vgl. vorstehend E. 4.1, 4.3-5) keine neuen Erkenntnisse hervor gehen , aufgrund welcher eine Verschlechterung glaubhaft gemacht wäre .

Insbesondere ist hinsichtlich der Extrasystolen festzuhalten, dass Herzbeschwerden bereits im Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 29. Juni 2020 ( Urk. 7/83/270-285 ; S. 12-15 ) erwähnt wurden. Ausserdem wurde im Bericht

des Spitals F.\_\_\_\_

vom 22. August 2022 ausgeführt, dass die Echokardiografie einen normalen, altersentsprechenden Befund gezeigt habe und sich während der Untersuchung keine Extrasystolen hätten nachweisen lassen (vgl. vorstehend E.

4.4).

Zu beachten ist ferner , dass die Neuanmeldung vom 7. Juli 2022 keine zwei Monate nach der Verfügung vom 17. Mai 2022 erfolgte und der erste Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ , in welchem im Wesentlichen über Ganzkörperschmerzen berichtet wurde (vgl. vorstehend E. 4.1.1), bereits vom 15. Juni 2022 datiert. Die sehr kurze Zeitspanne zwischen Verfügung

und Neuanmeldung

führt dazu, dass an die Glaubhaftmachung höhere Anforderungen zu stellen sind (vgl. vorstehend E. 1.3). Dabei

ist aufgrund des von Dr. C.\_\_\_\_ beschriebenen zunehmend chronifizierten Schmerzsyndroms im Bereich des fast ganzen Bewegungsapparates mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die geklagten Beschwerden

bereits vor Verfügungserlass bestanden haben, zumal sich eine Chronifizierung nicht in einem Monat ergibt. Entsprechend wurden beispielsweise im Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 29. Juni 2020 (Urk. 7/83/270-285) zahlreiche der auch aktuell geklagten Beschwerden und Befunde erwähnt, insbesondere der Nacht- und Ruheschmerz im Fuss (S. 12-15; vgl. auch Urk. 7/97). Beschwerden an der Wirbelsäule, im Nacken und Schulterblatt wurden zudem bereits im Dezember 2020 dokumentiert (vgl. Urk. 7/67), die Knieschmerzen rechts im März 2021 (Urk. 7/70) und mithin ebenfalls vor der Neuanmeldung erwähnt. Diesbezüglich zu berücksichtigen ist ferner, dass Dr. C.\_\_\_\_ festhielt, dass sich radiologisch ein nicht sehr eindrücklicher Befund lumbal mit leichten ventralen Spondylosen zeige und der radiologische Befund am rechten Knie absolut bland sei (vgl. vorstehend E. 4.1). In Bezug auf das von Dr. C.\_\_\_\_ für nötig erachtete muskuläre Aufbau- und Ausdauertraining (vgl. vorstehend E. 4.1.2) ist sodann darauf hinzuweisen, dass eine Sportmedizintherapie sowie eine MTT bereits im Juli 2020 von Dr. A.\_\_\_\_ empfohlen worden waren (Urk. 7/83/301). Eine Verschlechterung wurde insgesamt somit nicht glaubhaft gemacht.

Vielmehr wird die postulierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Symptomen begründet, welche bereits langjährig bestehen. Die vom Hausarzt der Beschwerdeführerin Dr. G.\_\_\_\_ postulierte Arbeitsunfähigkeit begründet er denn weder

mit entsprechenden Befunden oder Funktionseinschränkungen noch gibt er an, ob sich diese auf die angestammte oder auch auf angepasste Tätigkeiten bezieht. 5.2

Zum Zeitpunkt der Neuanmeldung lag schliesslich lediglich eine vom Hausarzt Dr. G.\_\_\_\_ geäusserte Vermutung hinsichtlich eines CRPS vor, nicht hingegen eine ausgewiesene Diagnose. Indem nicht einmal eine Verdachtsdiagnose vorliegt, wurde eine Verschlechterung im massgeblichen Zeitpunkt der Geltendmachung beziehungsweise im Zeitpunkt der Verfügung durch die Beschwerdegegnerin nicht glaubhaft gemacht. Dies hat umso mehr zu gelten, als im Bericht der E.\_\_\_\_ Klinik festgehalten wurde, dass insgesamt keine sicheren Infektions- oder Dystrophiezeichen vorlägen (vgl. vorstehend E. 4.3), welche Hinweise für ein CRPS wären.

Dabei kommt im Verfahren der Neuanmeldung der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 bzw. Art. 61 lit. c ATSG) erst zum Tragen, nachdem die versicherte Person eine massgebliche Änderung ihres Gesundheitszustands seit der letzten rechtskräftigen Leistungsverweigerung glaubhaft gemacht hat (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 68 f.; Urteile des Bundesgerichts 9C\_353/2017 vom 25. Juli 2017 E. 2 und 8C\_481/2020 vom 15.

Dezember 2020 E. 2.5). Für die beschwerdeweise Überprüfung einer Nichteintretensverfügung ist ausserdem der Sachverhalt, wie er sich der Verwaltung bot, respektive die Aktenlage bei Erlass dieser Verfügung massgeblich (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 68; Urteil 8C\_256/2019 vom 23. August 2019 E. 1.3 mit Hinweis). Selbst wenn sich ein neuer Bericht auf den Sachverhalt im Verfügungszeitpunkt bezogen haben mochte, fällt

insofern eine Ergänzung der Aktenlage im Rahmen des auf eine Nichteintretensverfügung folgenden Beschwerdeverfahrens ausser Betracht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_481/2020 vom 15. Dezember 2020 4.1.2-4.1.3). Somit ist

weder der Bericht des Neurologen (vgl. vorstehend E. 4.7) abzuwarten, noch ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung von Abklärungen zurückzuweisen.

5.3

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass verglichen mit der letztmaligen Beurteilung nicht glaubhaft gemacht wurde, dass sich der Invaliditätsgrad seit der letzten materiellen Prüfung anspruchrelevant verändert hat

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. Ruedi Portmann - 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 Grieder-Martens Schübach

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