

VBE.2022.380 / jl / fi

Art. 17

Urteil vom 28. Februar 2023

Besetzung Oberrichter Kathriner, Präsident
 Oberrichterin Fischer
 Oberrichter Roth
 Gerichtsschreiberin Lang

Beschwerde- **A._____**
führerin

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

Gegenstand Beschwerdeverfahren betreffend IVG Renten
 (Verfügung vom 2. September 2022)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

1.1.

Die 1967 geborene Beschwerdeführerin, die zuletzt als Reinigungskraft im Teilzeitpensum und als Hausfrau tätig war, meldete sich am 2. November 2010 wegen Rücken- und Schulterschmerzen bei der Beschwerdegegnerin zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an. Die Beschwerdegegnerin tätigte in der Folge Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht. Nach Rücksprachen mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), einer RAD-internen Untersuchung der Beschwerdeführerin, einer Haushaltsabklärung an Ort und Stelle sowie durchgeführtem Vorbescheidverfahren wies die Beschwerdegegnerin das Rechtsbegehren mit Verfügung vom 25. Oktober 2011 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 7 % ab. Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

1.2.

Am 9. Juni 2016 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut zum Leistungsbezug an. Mit Verfügung vom 15. November 2017 trat die Beschwerdegegnerin mangels Glaubhaftmachung einer anspruchrelevanten Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht auf das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin ein. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das hiesige Versicherungsgericht mit Urteil VBE.2017.945 vom 11. Juli 2018 ab.

1.3.

Am 26. Oktober 2021 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut zum Leistungsbezug (berufliche Integration, Rente) an. Mit Schreiben vom 8. November 2021 setzte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin Frist bis 9. Dezember 2021, um mittels Einreichung entsprechender Unterlagen den Nachweis für eine seit der Verfügung vom 25. Oktober 2011 eingetretene anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes zu erbringen, worauf die Beschwerdeführerin diverse medizinische Berichte einreichte. Nach Rücksprache mit dem RAD und durchgeführtem Vorbescheidverfahren, im Rahmen dessen die Beschwerdeführerin weitere medizinische Unterlagen eingereicht hatte, trat die Beschwerdegegnerin mangels Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes mit Verfügung vom 2. September 2022 nicht auf das Leistungsbegehren ein.

2.

2.1.

Gegen die Verfügung vom 2. September 2022 erhob die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 4. Oktober 2022 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

- "1. Die Verfügung vom 02.09.2022 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin seien Leistungen der Invalidenversicherung auszurichten.
3. Eventualiter sei ein fachärztliches Gutachten anzuordnen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen"

2.2.

In ihrer Vernehmlassung vom 15. November 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 2. September 2022 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 102) zu Recht nicht auf die Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 26. Oktober 2021 eingetreten ist. Soweit die Beschwerdeführerin die Zusprache von Leistungen der Invalidenversicherung beantragt (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren 2.), ist auf die Beschwerde mangels Anfechtungsobjekts nicht einzutreten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_288/2016 vom 18. Oktober 2016 E. 1.2). Aus diesem Grund erübrigen sich auch Weiterungen zum Beweisanspruch zur Anordnung eines Gutachtens.

2.

2.1.

Die Zusprechung einer Invalidenrente aufgrund einer Neuanschuldung, 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 anspruchrelevanten 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).

2.2.

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 erheblich ändert. 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). Rechtsprechungsgemäss ist die Invalidenrente nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger

Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205; MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 4. Aufl. 2022, N. 118 ff. zu Art. 30 IVG mit Hinweisen). Insbesondere stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_698/2019 vom 3. März 2020 E. 2).

2.3.

Die versicherte Person muss mit der Neuankündigung 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 Neuankündigung 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 (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 68 f.).

2.4.

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, dass sich die behauptete Sachverhaltsänderung bei eingehender Abklärung nicht erstellen lässt (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, a.a.O., 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).

2.5.

Die neuanmeldungsrechtlich massgebenden Vergleichszeitpunkte bilden der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung einerseits und derjenige der Überprüfung der Glaubhaftmachung der mit Neuanschuldung 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.).

3.

3.1.

Den vorliegend massgeblichen Vergleichszeitpunkt in retrospektiver Hinsicht bildet die Verfügung vom 25. Oktober 2011 (VB 55). Hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin stützte sich die Beschwerdegegnerin darin im Wesentlichen auf den Bericht betreffend die rheumatologische Untersuchung vom 11. April 2011 durch RAD-Arzt Dr. med. B., Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie (A). Dieser stellte nachfolgende Diagnosen (VB 49 S. 8):

"Chronisches Panvertebralsyndrom mit

1. Chronischem zervikospondylo-genem bis zervikoradikulärem Reizsyndrom linksbetont

a. MRI HWS 8/10: Diskusprotrusion C5/6 links ohne Neurokompression

b. Neurologische Beurteilung (Dr. C., Q.): keine Denerationszeichen, kein Hinweis auf ein Karpaltunnelsyndrom.

2. chronisches thorako- bis lumbospondylo- genes Schmerzsyndrom

a. Röntgen LWS 2.7.2010: beginnende Osteochondrose L5/S1, leichtgradige Spondylarthrose L4/S1 beidseits.

Periarthropathia humeroscapularis links

a. Sonographisch Ansatzverkalkungen der Supraspinatussehne
Gonarthrose links"

Es fänden sich sowohl in der Hals- und Lendenwirbelsäule wie auch in der linken Schulter objektiv degenerative Veränderungen, die eine verminderte mechanische Belastbarkeit bedingen würden. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungskraft bestehe medizinisch theoretisch aus rheumatologischer Sicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Für angepasste, leichte, wechselbelastende Tätigkeiten unter Vermeidung von Arbeiten in Zwangshaltungen und mit stereotypen Bewegungsmustern, von repetitivem Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm sowie von Überkopfarbeiten bestehe jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (VB 49 S. 8).

3.2.

Die Verfügung vom 2. September 2022 basiert auf den Einschätzungen von RAD-Arzt Dr. med. D., Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Praktischer Arzt, vom 7. Februar 2022 (VB 94) und 23. August 2022 (VB 101). Dieser kam zum Schluss, mit den eingereichten Unterlagen

werde keine seit dem 25. Oktober 2011 eingetretene erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht (VB 94 S. 1; VB 101 S. 3).

4.

4.1.

Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, die im Rahmen des Neuanmeldungsverfahrens eingereichten medizinischen Berichte dokumentierten eine massive Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes.

4.2.

Den eingereichten Unterlagen lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

4.2.1.

Dr. med. E., R., diagnostizierte, nachdem er die Beschwerdeführerin am 5. und 12. April 2019 neurologisch und elektroneurographisch untersucht hatte, im Bericht vom 21. Mai 2019 ein C6-Reiz- und Ausfallsyndrom links bei im MRI der HWS nachgewiesener C6-Kompression links und "hochpathologischen SSEP-Radialis ipsilateral" sowie ein chronifiziertes BWS- und LWS-Schmerzsyndrom ohne ein die angegebenen Beschwerden erklärendes neurologisches Substrat. Betreffend das BWS- und LWS-Schmerzsyndrom hielt er fest, dass es sich wahrscheinlich um eine degenerative Veränderung der LWS handle (VB 93 S. 43 f.). Das am 13. August 2019 durchgeführte MRI der Lendenwirbelsäule und der unteren Brustwirbelsäule zeigte eine diffuse, rechtsbetonte Diskusprotrusion L5/S1 auf dem Boden einer Osteochondrosis intervertebralis mit Einengung des ventralen Subarachnoidalraumes und der Neuroforamina beidseits sowie eine beginnende Spondylarthrose L5/S1 beidseits (VB 93 S. 38). Dr. med. F., Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, S., stellte nach der Untersuchung vom 11. September 2019 in seinem Bericht vom 16. September 2019 (u.a.) folgende Diagnose (VB 93 S. 35):

- "Wide spread pain/generalisiertes Schmerzsyndrom mit Chronifizierung
 - Panvertebrales Schmerzsyndrom
 - Deutliche degenerative Veränderungen (MR 13.8.19):
HWS: Osteochondrosen C5/C6 mit Foraminalstenose links (MR 5.3.19)
LWS: Osteochondrosen L3 bis S1
 - Myofasziale Komponente/muskuläre Dysbalance
 - Anamnestisch sero-negative Spondyloarthropathie (HLA-B27 negativ)
 - Keine Besserung auf Biologica (Humira, Enbrel, Remicade)
 - Ganzkörper-MRI 01/2013: keine entzündlichen Veränderungen"

Das "chronifizierte[] Schmerzsyndrom/wide spread pain" manifestiere sich am Bewegungsapparat vor allem am Achsenskelett, aber auch an den Extremitäten. Differentialdiagnostisch stehe "das mechanisch-degenerative" im Vordergrund; aktuell fänden sich keine Hinweise für eine Spondyloarthropathie (VB 93 S. 35 f.). Dr. med. G., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, T., diagnostizierte in seinem Bericht vom 27. Mai 2020 aufgrund der Ergebnisse der MRI-Untersuchung vom 13. August 2019 eine fortgeschrittene erosive Osteochondrose L5/S1 mit konsekutiver moderater Neuroforamenstenose L5/S1 links sowie ein chronisches LWS-Syndrom und empfahl die Durchführung einer Facettengelenksinfiltration sowie eine epidurale Infiltration (VB 93 S. 28 f.). Nachdem sich die Beschwerden nach epiduraler Infiltration am 4. Juni 2020 gemäss Angaben der Beschwerdeführerin während etwa zwei Wochen gebessert hatten, empfahl Dr. med. G. am 27. April 2021 eine Infiltration der Facettengelenke L4-S1 beidseits und eine Wiederholung der epiduralen Infiltration L5/S1 links nach drei Wochen. Sollte diese Infiltrationstherapie keine relevante Besserung bewirken, könne eine operative Therapie diskutiert werden, wobei aufgrund der fortgeschrittenen Degeneration eine Fusion des Segmentes erfolgen müsse (VB 93 S. 15).

4.2.2.

PD Dr. med. H., Facharzt für Radiologie, U., stellte in seinem Befundbericht vom 25. Oktober 2019 betreffend die MR-Arthrographie des Schultergelenks links vom nämlichen Datum eine degenerative Signalerhöhung der labralen Bizepssehneninsertion und eine Tendinose des horizontalen intraartikulären Bizepssehnenchenkels, einen anterior/superior umschriebenen Defekt des Labrum glenoidale, eine flache gelenkseitige Partialläsion der Infraspinatussehne mit angrenzend rarifizierend fibroostotischen Veränderungen auf Seiten des Tuberculum majus sowie eine leichte AC-Gelenkarthrose mit diskreten Zeichen einer inflammatorischen Aktivierung fest (VB 93 S. 34). Aufgrund von Schulterbeschwerden mit/bei subacromialem Impingement bei RM-Unterflächenläsion und AC-Arthrose führte Dr. med. I., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, V., anlässlich der Konsultation vom 21. Februar 2020 eine subacromiale Steroidinfiltration durch. Am 16. Februar 2021 stellte er ein subacromiales Impingement der Schulter links mit/bei AC-Arthralgie fest und veranlasste zur Beurteilung des AC-Gelenkes, des Subacromialraumes sowie der Rotatorenmanschette ein Verlaufs-Arthrographie-MRI an. Anlässlich der Besprechung des MRI der Schulter links empfahl Dr. med. I. am 16. März 2021 eine CT-gesteuerte Infiltration (VB 93 S. 17). Da für das subacromiale Impingement am ehesten das Os acromiale mit lateral weit abfallender Acromionspitze und Einengung des Subacromialraumes verantwortlich sei, schlug Dr. med. I. am 23. Februar 2022 eine Revision des Os acromiale mit Osteosynthese vor (VB 96 S. 4).

4.3.

Dr. med. D. führte in seiner Stellungnahme vom 7. Februar 2022 aus, dass in den mit der Neuanmeldung eingereichten Berichten neu extrakardiale Thoraxbeschwerden, eine Schlafapnoe, eine minimale Karotisatheromatose, eine Hypothyreose und Schulterbeschwerden links aufgeführt würden. Die kardialen Beschwerden seien abgeklärt worden; es handle sich dabei "um orthopädische Probleme". Die Schlafapnoe (behandelbar mit CPAP) und die Karotisatheromatose begründeten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Das Gleiche gelte für die Schulterbeschwerden links; nähere Ausführungen dazu würden nicht gemacht. Die übrigen angegebenen Beschwerden (Schmerzen, Polyarthrose, Asthma und Hypertonie) seien bereits zum Zeitpunkt der RAD-Untersuchung vom 11. April 2011 vorhanden gewesen (vgl. VB 49) und auch in der RAD-Stellungnahme vom 1. Februar 2017 (vgl. VB 74) ausführlich gewürdigt worden. Die zwischenzeitlich "aufgebrachte" Verdachtsdiagnose einer entzündlichen Systemerkrankung sei bereits 2013 ausgeschlossen worden (VB 94). Nach Eingang des Einwandes der Beschwerdeführerin mit weiteren Arztberichten führte Dr. med. D. in der Stellungnahme vom 23. August 2022 aus, neu sei ausschliesslich die Diagnose eines Impingementsyndroms der Schulter; diesbezüglich scheine ein operativer Eingriff in Planung zu sein. Da es sich bei den Schulterbeschwerden um eine Erkrankung handle, die grundsätzlich behandelbar sei, müsse der Verlauf der Behandlung abgewartet werden. Dass durch die Schulterbeschwerden ein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert begründet werde, der eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könne, sei unwahrscheinlich (VB 101).

4.4.

4.4.1.

Dr. med. B. sah das von ihm diagnostizierte thorako- bis lumbospondylogene Schmerzsyndrom in seiner Beurteilung vom 11. April 2011 vor dem Hintergrund einer am 2. Juli 2010 radiologisch festgestellten beginnenden Osteochondrose und einer leichtgradigen Spondylarthrose L4/S1 beidseits (VB 49 S. 8). Demgegenüber diagnostizierte Dr. med. G. nach durchgeführter MRI-Untersuchung am 13. August 2019 eine fortgeschrittene erosive Osteochondrose L5/S1 mit konsekutiver moderater Neuroforamenstenose L5/S1 links und gab an, gemäss der Beschwerdeführerin hätten die seit über zehn Jahren bestehenden lumbalen Beschwerden in der letzten Zeit zugenommen (VB 93 S. 28). In der Folge wurden Infiltrationen durchgeführt und eine operative Therapie diskutiert (VB 93 S. 15). RAD-Arzt Dr. med. D. führte dazu lediglich aus, dass die Schmerzen bereits zum Zeitpunkt der RAD-Untersuchung 2011 vorhanden gewesen seien. Bei der Frage der Glaubhaftmachung einer neu anmeldungsrechtlich massgeblichen Tatsachenänderung (vgl. E. 2.4.) kommt es indes einzig darauf an, ob glaubhaft erscheint, dass sich das Beschwerdebild oder dessen erwerbliche Auswirkungen geändert haben. In Betracht fällt somit auch die

Glaubhaftmachung einer Veränderung insofern, als sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat, wie etwa bei der Chronifizierung, bzw. der Schweregrad oder die Ausprägung der gleichlautenden Diagnosen und Befunde sich geändert haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_367/2016 vom 10. August 2016 E. 2.; 9C_286/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.2.2). Die Entwicklung der 2011 festgestellten beginnenden Osteochondrose zu einer nun fortgeschrittenen erosiven Osteochondrose mit konsekutiver moderater Neuroforamenstenose und die Zunahme der lumbalen Beschwerden weisen auf eine sich möglicherweise auf die Arbeitsfähigkeit bzw. die Leistungsfähigkeit im Haushaltsbereich auswirkende Änderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin hin.

4.4.2.

RAD-Arzt Dr. med. B. hatte sodann am 11. April 2011 eine Periarthropathia humeroscapularis links bei sonographisch festgestellten Ansatzverkalkungen der Supraspinatussehne diagnostiziert (VB 49 S. 8). Das Röntgen der Schultern vom 15. August 2006 hatte links einen Humeruskopfhochstand, einen verschmälerten subacromialen Bereich und ansonsten unauffällige Knochenstrukturen ohne Hinweis auf eine AC-Gelenkarthrose sowie rechts einen geringen Humeruskopfhochstand gezeigt; das AC-Gelenk war unauffällig (VB 49 S. 7). Demgegenüber wurde gestützt auf die Ergebnisse der – nach bereits seit längerem durchgeführter Behandlung mit Analgesie und NSAR sowie über einem Jahr dauernder Physiotherapie und einer Wassertherapie – am 25. Oktober 2019 durchgeführten MR-Arthrographie des Schultergelenkes links die Diagnose eines Impingementsyndroms der Schulter bei Rotatorenmanschetten-Unterflächenläsion und AC-Arthrose gestellt (VB 93 S. 17) Nach erfolgloser Infiltration wurde ein operativer Eingriff vorgeschlagen (VB 96 S. 4). Dass Schulterbeschwerden grundsätzlich behandelbar seien, wie dies RAD-Arzt Dr. med. D. festhielt, mag zwar zutreffen, steht der Anerkennung einer neuanmeldungsrechtlich relevanten Veränderung der Schulterbeschwerden indes nicht entgegen. Angesichts der in den eingereichten medizinischen Berichten dokumentierten therapiebedürftigen Schulterbeschwerden der Beschwerdeführerin und der seit 2011 deutlich gravierender gewordenen Befunde im Bereich des linken Schultergelenks ist auch bezüglich der Schulter eine neuanmeldungsrechtlich bedeutsame Veränderung des Gesundheitszustandes zumindest glaubhaft gemacht.

4.5.

Damit ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin eine seit der fast elf Jahr zuvor ergangenen Verfügung vom 25. Oktober 2011 (vgl. E. 2.4.) eingetretene wesentliche Änderung der Schulter- und LWS-Beschwerden zumindest glaubhaft gemacht hat. Die angefochtene Verfügung vom 2. September 2022 ist demnach in Gutheissung der Beschwerde – soweit darauf einzutreten ist – aufzuheben und die Sache an

die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese auf das neuerliche Leistungsbegehren vom 26. Oktober 2021 eintrete und es materiell prüfe.

5.

5.1.

Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensausgang 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 Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

5.2.

Die obsiegende Beschwerdeführerin ist nicht vertreten und hat rechtsprechungsgemäss keinen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (vgl. BGE 129 V 113 E. 4.1 S. 116).

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

In Gutheissung der Beschwerde – soweit darauf eingetreten wird – wird die Verfügung vom 2. September 2022 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese auf die Neuanschuldung vom 26. Oktober 2021 eintrete und das Leistungsbegehren materiell prüfe.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.00 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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, 28. Februar 2023

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

1. Kammer

Der Präsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Kathriner

Lang