

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00737 vom 3. September 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00737](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00737)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00737 du 3 septembre 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00737 del 3 settembre 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Eine Neuanschuldung wird - wie auch das Gesuch um Leistungsrevision - nur materiell geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung in einem für den Rentenanspruch erheblichen Mass verändert haben ( Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [ IVV ] ; BGE 130 V 71 E. 2.2 S. 72 mit Hinweisen). Gelingt ihr dies nicht, so wird auf das Gesuch nicht eingetreten. Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121, 8C\_746/2013 E. 2); sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die fest gestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit zu bejahen, und hernach zu beschliessen.

Diese Regeln gelten nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts analog, wenn Eingliederungsleistungen strittig sind (BGE 130 V 64 E. 2).

### **E. 1.2**

Mit dem Erfordernis der Glaubhaftmachung kommt der versicherten Person 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 Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahin gehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Leistungsberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig darlegt. 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).

### **E. 1.3**

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden: Die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes 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. Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.3 ; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 ).

Analoges muss gelten, wenn es um Eingliederungsmassnahmen geht. 2.

## 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, mit dem neuen Gesuch sei nicht glaubhaft dargelegt worden, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich verändert hätten. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), sie habe sich am 1. März 2000 erstmals für eine berufliche Massnahme angemeldet und sei wegen anhaltender gesundheitlicher Einschränkungen nicht in der Lage, auf direktem Weg mit Stellensuche wieder in den ersten Arbeitsmarkt zu gelangen. Eine berufliche Massnahme ermögliche ihr den schrittweisen Wiederaufbau ihrer Erwerbsfähigkeit. Mit den von ihr eingereichten Arztzeugnissen habe sie belegt, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert habe und die Indikation für eine berufliche Massnahme gegeben sei. Sie beantrage daher, dass die IV-Stelle solche durchführe. 3. 3.1

Vorab ist festzuhalten, dass auf den materiellen Beschwerdeantrag, es seien berufliche Massnahmen anhand zu nehmen, nicht eingetreten werden kann. Das Gericht hat lediglich zu prüfen, ob die Nichteintretensverfügung vom 9. Oktober 2020 rechtmässig ist, das heisst die Beschwerdegegnerin zur Leistungsbegehrung mangels Glaubhaftmachung einer Veränderung nicht eingetreten ist (vgl. BGE 121 V 157 E. 2b, 116 V 265 E. 2a, SVR 1997, UV Nr. 66 S. 225 E. 1a) . Über den Leistungsanspruch selber kann erst entschieden werden, wenn auf das Begehren einzutreten wäre und die Abklärungsergebnisse vorliegen (siehe E. 1.1) . Bei der Überprüfung der Nichteintretensverfügung hat das Gericht den Sachverhalt zugrunde zu legen, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5). 3.2

Mit der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 19. Oktober 2018 (Urk. 8/158) verneinte die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Sie begründete dies einerseits damit, dass ihr die bisherige Tätigkeit als Informatikerin ab Mai 2010 wiederum vollumfänglich zumutbar gewesen sei, sie deshalb auch das für den Rentenanspruch erforderliche Wartejahr nicht erfüllt habe. Seit Juli 2012 bestehe eine 10%ige Einschränkung, womit nicht während eines Jahres eine mindestens durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % gegeben sei. Damit bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Entgegen diesem Wortlaut des letzten Satzes, wurde lediglich der Anspruch auf eine Rente geprüft und verneint.

Vor dem Rentenprüfverfahren verneinte die Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom 15. Mai 2015 (Urk. 8/64) einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Eingliederungsmassnahmen.

assnahmen. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin gemäss den Berichten ihrer Behandler zurzeit aufgrund des Gesundheitszustandes nicht in der Lage sei, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Daher werde jetzt der Rentenanspruch geprüft.

Mit der angefochtenen Verfügung vom

#### **E. 6**

) sowie eine mittelgradige depressive Episode, partielle Remission (ICD-10: F32.1) diagnostiziert worden waren (Urk. 8/69; vgl. auch Bericht zu Händen der A.\_\_\_\_ vom 10. Juli

2015, Urk. 8/77/72 ff.), auferlegte die IV-Stelle X.\_\_\_\_

mit Schreiben vom 1. Oktober 2015 unter dem Titel «Durchführung einer Massnahme zur Verbesserung des Gesundheitszustandes» als Schadenminderungspflicht eine mindestens sechsmonatige Alkoholabstinenz (Urk. 8/78), womit die Versicherte nicht einverstanden war (Urk. 8/81, Urk. 8/87-89). Daraufhin verzichtete die IV-Stelle auf die Auferlegung der Schadenminderungspflicht und holte aktuelle Arztberichte zum Verlauf ein (Urk. 8/90). Die Versicherte wurde in der Folge von der D.\_\_\_\_

im Auftrag der IV-Stelle interdisziplinär (allgemein-internistisch, neuropsychologisch, psychiatrisch, neurologisch und orthopädisch) begutachtet (interdisziplinäres Gutachten vom 28. Februar 2017, Urk. 8/134), wobei sich die Versicherte - vorläufig - weigerte, sich einer Hirnanalyse zu unterziehen (vgl. E-Mail vom 11. Januar 2017, Urk. 8/127-129). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/140, Urk. 8/148, Urk. 8/152) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. Oktober 2018 (Urk. 8/158) einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente. Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

#### **E. 9**

. Oktober 2020 (Urk. 2) ist die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 12. März 2020

(Urk. 8/164) nicht eingetreten. Zu prüfen ist daher, ob die Beschwerdeführerin bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 9. Oktober 2020 im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVVG glaubhaft dargetan hat, dass in den tatsächlichen Verhältnissen eine leistungsrelevante Änderung eingetreten ist. Massgebender Bezugspunkt ist nicht nur der Zeitpunkt des Erlasses letzten rentenverneinenden Verfügung vom 19. Oktober 2018 (Urk. 8/158), sondern hinsichtlich des für den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen massgeblichen Sachverhalts

auch der Zeitpunkt der Mitteilung vom 15. Mai 2015 (Urk. 8/64). 3. 3

Die rentenablehnende Verfügung vom 19. Oktober 2018 (Urk. 8/158) basierte auf dem polydisziplinären (allgemein-internistischen, neuropsychologischen, psychiatrischen, neurologischen und orthopädischen) Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 28. Februar 2017 (Urk. 8/134). Darin wurde - unter Einbezug der eingeholten und bis zur Begutachtung aktenkundigen medizinischen Berichte (S. 6-18) - als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung bei schädlichem Gebrauch von Alkohol und chronischem Kombinationskopfschmerz gestellt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben folgende Diagnosen (S. 54):

-

chronischer Kombinationskopfschmerz mit

-

Migräne mit Verdacht auf migräneassoziierten Schwindel und

-

Cervikocephales Syndrom mit Verdacht auf cervikogene  
Kopfschmerzen und teilweisem cervikogenem Schwindel

-

Rezidivierende Schwindelattacken unklarer Genese bei möglichem Morbus  
Menière bei leichter peripher-vestibulärer Unterfunktion links

-

Rezidivierende Extremitätenparästhesien unklarer Genese, möglicherweise  
pseudoradikulär bei panvertebralem Syndrom

-

Status nach Commotio cerebri im Rahmen eines leichten Schädel-Hirn-  
Traumas am 8. Januar 2010

-

Status nach HWS-Distorsion am 8. Januar 2010 ohne Hinweise für eine  
cervikale, radikuläre oder medulläre Läsion (Unterdiagnose)

-

Unfallunabhängig:

-

Chronische Zervikozephalgie  
vertebragen und myofascial bei WS-  
Fehlhaltung

-

Bandlaxizität und muskuläre Dysbalance

-

leichtgradige degenerative Veränderungen der mittleren bis  
unteren HWS ohne spinale Enge und leichtgradige  
Engstellung der Foramina C4/5 links als rechts, C6/7  
rechtsbetont und C6/7 beidseits

-

Osteopenie - nach WHO-Definition, T-score L1/2 -1.6 (Erstdiagnose)

2011)

-

Status nach einmaliger Aclastainfusion 2016, abgesetzter  
Hormonsubstitution

-

aktuell mit Vitamin D3 und Calcium behandelt seit August  
2016

-

Knochendichtemessung (3. August 2016) signifikante  
Abnahme der Knochenmaterialdichte um 3.8 % im Vergleich  
zur DXA-Untersuchung vom 19. Dezember 2011

-

Status nach Insuffizienzfraktur MT1 und MT3 Fuss rechts (19. Mai  
2015), knöchern verheilt

-

Reizdarmsymptomatik

-

Status nach Infekt mit Gardia  
lamblia AA 2014

Die polydisziplinäre Diagnosestellung und Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit wurde n wie folgt begründet (S. 57 ff. ) : Die Beschwerdeführerin habe beim Unfall vom 8. Januar 2010 (frontal-tangentiale Kollision zweier PKW im alkoholisierten Zustand) ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma, vermutlich mit einer Gehirnerschütterung im Sinne der Commotio cerebri erlitten. Eine unfall bedingte Hirnsubstanzläsion sei weder klinisch-neurologisch noch bildmorphologisch festzustellen. Ohne Nachweis einer hirnsubstanzialen Läsion und ohne Schädigung neuraler Strukturen an der HWS seien neurokognitive Einschränkungen und Kopfschmerzen (über die Dauer eines halben Jahres nach dem Unfall) nicht mehr unfallbedingt zu erklären, sondern müssten andere Ursachen haben. Im Vordergrund der geistigen Leistungsminderungen ständen nach der neuropsychologischen Testung leichtere Leistungsminderungen im Aufmerksamkeits- und Konzentrationsvermögen sowie in den exekutiven Leistungen. Die Ausprägung sei leicht und zudem vom Störmuster her nicht typisch für eine hirtraumatische Verursachung nach dem Unfall von 2010. Am ehesten erklärbar seien die neurokognitiven Einschränkungen durch die chronische Schmerzsymptomatik und auch nutritiv-toxische Schäden bei schädlichem Gebrauch von Alkohol. Eine Einschränkung der Funktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei aufgrund der geringen Intensität der festgestellten kognitiven Beeinträchtigungen im Alltag und auch unter den meisten beruflichen Anforderungen nicht zu erwarten. Lediglich bei Aufgaben und Tätigkeiten mit hohen Anforderungen sei die Funktionsfähigkeit eingeschränkt, damit auch bei der angestammten Tätigkeit als ange

lernte IT-Kraft, wofür auch die berufliche Anamnese spreche. So habe es in der vorletzten Tätigkeit Schwierigkeiten gegeben das Pensum zu halten, jedoch nicht bei der zuletzt ausgeübten temporären einfacheren Tätigkeit. Die ständig vorhan denen Kopfschmerzen im Nacken-/ Hinterkopfbereich erschienen am ehesten HWS-bedingt. Sie erstreckten sich vom Übergang der BWS bis zu den Ansätzen der Nackenmuskulatur am Schädel. Der typische chronische Kopfschmerz vom Spannungstyp mit holocephalen Kopfschmerzen lasse sich nicht angrenzen. Ge schildert würden aber typische Migräneattacken mit wöchentlicher Frequenz - bei gelegentlichen, mig r änefreien Episoden von bis zu zwei Monaten. Die Migrä neattacken liessen sich partiell mit Zolmitripan kupieren, das leichte Müdigkeit auslöse. Aufgrund der Zahl der Migräneattacken und der partiellen Behandelbarkeit bestehe keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei den meist wöchentlich für ein bis zwei Tage auftretenden occipitalen Schmerzen im Mastoid -Bereich links, die nach einer dortigen Prellung vom 8. Januar 2010 verblieben seien, dürfte es sich vorwiegend um einen myoligamentären Schmerz handeln. Funktionelle Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entstanden durch diese Kopfschmerzform, die ohne jegliche Medikation toleriert werde , und unter Berücksichtigung der bisherigen beruflichen Anamnese seit dem Unfallereignis nicht. In wieweit es sich bei den rezidivierenden Schwankschwindelzuständen in Assoziation mit stärkerer Übelkeit teils hin bis zum Erbrechen und auch teilweise mit Tinnitus (ohne Hörminderung) ausschliesslich um migrän easso zi i erten Schwindel handle, lasse sich nicht aus reichend sicher beantworten. Es sei zu prüfen, welche Besserung eine Migräneprophylaxe bringe. Differentialdia gno s tisch käme bei nachgewiesener Minderfunktion des linken Labyrinthorganes zu sätzlich ein atypischer Morbus M enière (atypisch wegen fehlender Hypakusis während der Schwindelattacken) in Betracht. Eine dauerhafte Rumpfunstabilität bestehe nicht. Einschränkungen bei der Arbeitsfähigkeit ergäben sich aufgrund von lang dauernden Schwindelzuständen lediglich für Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an das Gleichgewicht. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine unfall un abhängige chronische vertebrale und myofas ciale

Zervikozephalgie bei WS-Fehlhaltung. Dies infolge einer Bandlaxizität und muskulärer Dysbalance . Des Weiteren beständen leichtgradige degenerative Veränderungen der mittleren bis unteren HWS ohne spinale Enge und eine leichtgradige Engstellung der Foramina C4/5 links mehr als rechts, C6 /7 rechtsbetont und C6/7 b eidgeits. Auch bestehe bei vorzeitiger Menopause eine Osteopenie , aktuell progredient unter Calcium und Vitamin D-Substitution. Die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei aus orthopädischer Sicht gegeben. Aus allgemein-intern i stischer Sicht bestehe eine endokrine Symptomatik mit fr üher Menopause und beginnender O steopenie , aber auch eine Alkoholproblematik mit typischem Labor. Eine Abstinenz sei dringend empfohlen. Die L eistungsfähigkeit sei gegeben. Aus psychiatrischer Sicht beständen aktuell keine Erkrankungen, welche die Beschwerdeführerin in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigten. Sicher sei zu erwähnen, dass die Be schwerdeführerin verschiedene Lebensereignisse erlitten habe , auf die sie wahrscheinlich mit Anpassungsstörungen, vor allem mit depressiven Symptomen, vielleicht aber auch mit Angst, Sorgen, Unsicherheit reagiert habe. Diesbezüglich seien der Unfall, aber auch die Absage der Hochzeit und die Erkrankung mit dem tropischen Parasiten zu nennen. Rückwirkend sei aber eine detaillierte chronologische Abfolge nicht möglich. Des Weiteren bestehe eine Suchtproblematik bezüglich Alkohol, die sicher grösser sei, als von der Beschwerdeführerin zuge geben, was die Laborparameter bewiesen. Polydisziplinär bestehe eine leicht ver minderte Belastbarkeit aufgrund v on leichten neuropsychologischen

Funktionsstörungen bei schädlichem Gebrauch von Alkohol und chronischem Kombinationskopfschmerz.

Die Beschwerdeführerin habe eine kaufmännische Ausbildung und eine berufs begleitende Weiterbildung zur Informatikerin gemacht. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als IT-Fachfrau sei bei der Y.\_\_\_\_ von 2008 bis 2012 gewesen. Aus neurologischer Sicht bestehe in dieser zuletzt ausgeübten Tätigkeit aufgrund der leichten kognitiven Defizite eine 90%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum. Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an das Gleichgewicht könnten nicht zugemutet werden. Auf Tätigkeiten mit höherkonzentrativen, besonders verantwortungsvollen und stressbelasteten Tätigkeiten, auch mit hohem Publikumsverkehr, sollte verzichtet werden (S. 59 f.). Aus orthopädischer und allgemein-internistischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. So fänden sich keine Funktionseinschränkungen, die eine mittel- bis langfristige Arbeitsunfähigkeit begründeten. Bei der angestammten Tätigkeit als Informatikerin handle es sich um eine leichte wechselbelastende Tätigkeit, die dem zumutbaren Leistungsprofil der Beschwerdeführerin entspreche. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Polydisziplinär bestehe also eine 90%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum aufgrund der leichten kognitiven Defizite. Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit seit dem 8. Oktober (richtig: 8. Januar) bis 7. April 2010 zu 100 % und vom 8. April bis 7. Juli 2010 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Unter Berücksichtigung des beruflichen Verlaufes und der testpsychologischen Befunde gelte die Arbeitsunfähigkeit von 10 % seit dem Leistungseinbruch ab Juli 2012 (S. 60). In einer adaptierten Tätigkeit bestehe aus polydisziplinärer Sicht ab dem 8. Juli 2010 - sechs Monate nach dem Unfall - eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Einschränkungen ergäben sich aufgrund von langdauernden Schwindelzuständen lediglich für Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an das Gleichgewicht. Zumutbar seien leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen von Lasten bis maximal 5-10 Kilogramm Gewicht, ohne einseitige Zwangshaltungen der Wirbelsäule, ohne regelhafte Reklination und Rotation der HWS (S. 60 f.). Eine Verbesserung der neurokognitiven Einschränkungen liesse sich durch Ausbau der Schmerztherapie am Kopf und am Skelett erreichen, weiter aber auch durch Thematisierung des schädlichen Gebrauchs von Alkohol. Durch weitestgehende Alkoholabstinenz über mindestens ein halbes Jahr könnte ebenfalls eine Verbesserung der neurokognitiven Leistung zur Folge haben, was durch entsprechende Testung überprüft werden sollte. Gegebenenfalls seien entsprechende Hilfen zur Umsetzung der Abstinenz sinnvoll. Die Alkoholproblematik sollte unbedingt angegangen werden (S. 61). 3.4

Die angefochtene Nichteintretensverfügung vom 9. Oktober 2020 (Urk. 2) basierte auf folgenden medizinischen Beurteilungen : 3.4 .1

Dr. E.\_\_\_\_, welche die Beschwerdeführerin hausärztlich betreut, hielt in ihrem Schreiben vom 8. März 2020 (Urk. 8/165/1) zuhanden der Beschwerdegegnerin fest, dass die Beschwerdeführerin gegen Ende 2018 eine deutliche Verschlechterung ihres körperlichen Gesundheitszustandes erlitten habe. Mit verschiedenen ärztlichen und therapeutischen Massnahmen habe sich die Situation unterdessen soweit gebessert und stabilisiert, dass eine Abklärung hinsichtlich beruflicher Wiederintegration indiziert sei. 3.4 .2

Im Bericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 11. März 2020 (Urk. 8/164/2) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurde bestätigt, dass die Beschwerdeführerin seit dem 14. Januar 2019 regelmässig bis auf Weiteres in tagesklinischer Behandlung stehe und seit dem Eintritt

zu 100 % arbeitsunfähig sei. Wegen deutlicher Verschlechterung ihres körperlichen wie auch psychischen Gesundheitszustandes seit einem Jahr sei eine Anmeldung bei der IV begründet. Die Beschwerdeführerin sei wegen einer depressiven Entwicklung in Behandlung. Aus psychiatrisch-fachärztlicher Sicht sei sie für die Wiedereingliederung ins Berufsleben auf eine Abklärung auf berufliche Massnahmen angewiesen. 3.4 .3

Dipl. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und Ärztlicher Leiter der Klinik G.\_\_\_\_,

berichtete am

#### **E. 14**

Mai 2020 (Urk. 8/172/ 1) zuhanden der Beschwerdegegnerin, dass die Beschwerdeführerin vom 30. November bis 24. Dezember 2018 in der Psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen sei, nach dem sie sich zuvor im Spital F.\_\_\_\_ eine r Alkohol-Entzugsbehandlung unterzogen habe. Nach der psychiatrischen Hospitalisation sei die Abstinenz durch die behandelnde Hausärztin Dr. E.\_\_\_\_ kontrolliert worden. Bis heute sei kein Rückfall mit Alkohol geschehen. Im Austrittsbericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2019 sei nebst der Alkoholabhängigkeit auch eine depressive Störung (ICD-10: F 33.0), damals leichter e n Ausmasses, diagnostiziert worden. Es sei eine tagesklinische Behandlung empfohlen worden, welche seit dem 14. Januar 2019 stattfindet. Das bei ihnen meist mittelschwere depressive Grund leiden habe mit der teilstationären Behandlung soweit stabilisiert werden können, dass die Beschwerdeführerin ihren Haushalt wieder bewältigen könne, soweit dies aufgrund der somatischen Befunde schmerzbedingt möglich sei. Bei der Erledigung administrativer Angelegenheiten brauche sie noch zeitweise Hilfe. Ein beruflicher Einstieg sei aus psychiatrischer Sicht seit eineinhalb Jahren bis heute wegen einer vollen Arbeitsunfähigkeit nicht möglich gewesen. Es sei ein Wiederaufbau der beruflichen Fähigkeiten im Rahmen einer IV-Massnahme mit Potenzialabklärung und Belastbarkeitstraining indiziert. 3.4 .4

Am 18. Mai 2020 bestätigte Hausärztin Dr. E.\_\_\_\_ (Urk. 8/172/ 2) zuhanden der Beschwerdegegnerin, dass sie die Beschwerdeführerin in regelmässigen Abständen sehe und sie seit nun 18 Monaten zu 100 % alkoholabstinent sei. Die Beschwerdeführerin habe in den letzten eineinhalb Jahren vorbildlich und sehr motiviert sämtliche Therapien sowohl im somatischen als auch psychiatrischen Bereich mit grossem Engagement absolviert. Trotzdem persistierten auch somatische Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates sowie auch deutliche Konzentrationsschwierigkeiten, welche die Beschwerdeführerin im Alltag einschränkten. Die Beschwerdeführerin stehe weiterhin in psychiatrischer Behandlung sowie aufgrund der Beschwerden des Bewegungsapparates in regelmässiger Behandlung bei Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH für orthopädische Chirurgie, sowie bei Dr. J.\_\_\_\_, FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation. Da die Beschwerdeführerin seit vielen Monaten absolut alkoholabstinent sei, sei eine berufliche Wiedereingliederung der 45-jährigen Beschwerdeführerin das absolute Ziel. Dazu sei sie auf eine Abklärung hinsichtlich beruflicher Massnahmen durch die IV-Stelle angewiesen. 3. 4 .5

Bezugnehmend auf die Aufforderung der Beschwerdegegnerin vom 25. Mai 2020 hin (Urk. 8/174, vgl. Sachverhalt E. 1.3), reichte Dr. E.\_\_\_\_ im Zusammenhang mit der kontrollierten Alkoholabstinenz die regelmässig bestimmten Leberwerte der Beschwerdeführerin ein (Urk. 8/177 / 1-5). Die aufgrund des Alkoholkonsums 2018 stark erhöhten Leberwerte hätten sich seit der stationären Alkoholentzugsbehandlung

normalisiert und lägen seitdem nun im Normbereich, was als Parameter für die anhaltende Alkoholabstinenz gelte.

Gleichzeitig legte sie den Austrittsbericht der Privatklinik B.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2019 bei (Urk. 8/177 /6-10), worin über die der E ntzugsbehandlung im Spital F.\_\_\_\_

anschliessenden Therapien berichtet und die folgenden Diagnosen aufgeführt wurden:

-

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol:

Abhängigkeits -

syndrom (ICD-10: F10.2)

-

Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom

(ICD-10: F17.2)

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode 3.4 .6

Mit Schreiben vom 9. Juli 2020 des Spitals F.\_\_\_\_ (Urk. 8/183/ 1) wurde die Be schwerdegegnerin darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin durch die chronische, multilokuläre Schmerzproblematik ei ne wesentliche Einbusse ihrer Ar beits- und Konzentrationsfähigkeit erfahren habe. Bek a nntlicherweise führten chronische Schmerzen zu multiplen Komorbiditäten aus dem psychischen For menkreis , weshalb auf die Berichte von Dr. med. H.\_\_\_\_ verwiesen werde. Im letzten Jahr habe sich die Schmerzintensität deutlich gesteigert, was auch den anamnestischen Angaben des beiliegenden Konsultationsberic htes zu entnehmen sei. Somit hätt e n sich am gesundheitliche n Zustand der Beschwerdeführerin einige Symptome und Krankheitsbilder wesentlich verändert, was eine erneute Beu rteilung rechtfertigen dürfte. E in Alkoholabusus bestehe nicht mehr, jedoch beständen chronische, teils invalidisierende Schmerzen lumbal, zervikal, cephal , an den Schultern und an den Hüften.

Im beiliegenden Schmerzstundenbericht vom 27. Mai 2020 (Urk. 8/183/ 2-4) zu handen der Hausärztin Dr. E.\_\_\_\_ wurden folgende Diagnosen aufgeführt:

-

Chronisches lumbospondylogenes /- radikuläres Schmerzsyndrom

(Erstmanifestation 2019)

-

Linksforaminale Diskushernie L3/4 mit möglicher Irritation der L3- Nerve n wurzel links sowie flache dorsale Protrusion der Bandscheibe L4/5 mit r ezessaler Tangierung der N5-Nervenwurzel beidseits, Schmorl'sche Knoten LWK1 und LWK2, linkskonvexe LWS- Skoliose, kein Nachweis einer lumbalen Osteochondrose (MRI LWS)

Januar 2020)

-

Anamnestisch: Nervenwurzel-Infiltration L3 negativ (2020)

-

weitere diagnostische/therapeutische Infiltrationen geplant

-

Zervikopondylogenes Schmerzsyndrom, perkutane Denervierung C 2/3/4 links mit guter Wirksamkeit (2019)

-

Migräne ohne Aura, seit Denervierung C2 bis C4 2019 keine Beschwerden

-

Intermittierende Neuralgie Nervus

occipitalis

-

Tendinitis calcarea Schulter rechts, aktuell beschwerdefrei

-

Impingement /Bursitis Schulter links

-

Hüft-/Oberschenkel Schmerzen links: ausgedehnter Labrumriss antero - superior links sowie Insertionstendinopathie der Glutea I Muskulatur und Trochanter major

-

Osteoporose (Erstdiagnose 2015)

-

vorzeitige Menopause seit 2010

-

2015: einmalig Aclasta, wahrscheinlich allergische Reaktion

-

Erosive

Refluxösophagitis

-

Status nach chronischem Alkoholabusus

-

stationärer Alkoholentzug Spital F.\_\_\_\_ und Privatklinik B.\_\_\_\_

November bis Dezember 2018

-

seither abstinent

-

Rezidivierende depressive Episoden (Erstdiagnosen langjährig), aktuell remittiert

Die hausärztliche Zuweisung sei zur Beurteilung einer langanhaltenden multilokulären Schmerzstörung erfolgt, wobei aktuell vor allem die lumbalbetonten Schmerzen im Vordergrund ständen. Die Ätiologie der Schmerzen sei noch nicht ganz klar, es ständen aber noch weitere Abklärungen an. Ebenso sei die Beschwerdeführerin psycho- und physiotherapeutisch gut aufgehoben; auch die hausärztliche Versorgung sei bestens. Somit bleibe als Verbesserungsmassnahme der aktuellen Situation neben der Unterstützung bei der beruflichen Reintegration über die IV einzig die medikamentöse Therapie, welche bisher unbefriedigend gewesen sei, da bisher kein Medikament einen wirklich guten analgetischen Effekt gehabt habe. 4.

Das auf Untersuchungen vom Januar 2017 beruhende D.\_\_\_\_-Gutachten nennt aus orthopädischer Sicht in erster Linie chronische

cervikocephale Schmerzen bei Wirbelsäulenfehlhaltung und leichtgradigen degenerativen Veränderungen an der HWS (E. 3.3). Den Gutachtern war bekannt, dass seitens des K.\_\_\_\_ im Mai 2012 bereits zusätzlich über ein lumbovertebrales Syndrom bei (unter anderem)

Bandlaxizität mit segmentalen Dysfunktionen lumbal berichtet wurde. Den damals aktuell geklagten Beschwerden wurde aus gutachterlicher Sicht jedoch keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit zugeschrieben und die geklagte Symptomatik eher einer ligamentären und myotendinogenen Störung bei Fehllhaltung und muskulärer Dysbalance zugeordnet (vgl. Urk. 8/134 S. 40). Dem Schmerzstundenbericht vom 27. Mai

2020 (E.

3. 4. 6) lässt sich entnehmen, dass sich im Jahre 2019 ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom erstmanifestierte, wobei sich bildgebend in der Lendenwirbelsäule degenerative Veränderungen zeigten. Ob es sich hierbei tatsächlich um erst im Jahre 2019 aufgetretene Beschwerden handelt und mit welchen

Auswirkungen ist fraglich. Wohl bewirkt eine neu hinzugetretene Diagnose nicht unbeschrieben eine höhere Arbeitsunfähigkeit. Massgebend für den Grad der Arbeitsunfähigkeit ist nicht die Diagnose oder die Zahl der erhobenen Diagnosen, sondern die daraus resultierende Leistungseinschränkung, welche sich auch durch eine zusätzliche Beeinträchtigung nicht zwangsläufig erhöhen muss (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_804/2015 vom 21. Juni 2016 E. 3.2). Für eine Neuauflage reicht es daher nicht aus, eine gesundheitliche Verschlechterung durch eine neu hinzugetretene Diagnose glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälern den Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt wird (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 3.5).

Unter diesem Gesichtspunkt ist auch die von den Behandlern erneut aufgeführte depressive Störung, im Schnitt als mittelgradig bezeichnet,

(E. 3.4 .3, 3.4 .5) zu sehen, welche damals vom psychiatrischen Gutachter als nicht arbeitsrelevant betrachtet wurde und die daher nicht einmal in seiner Diagnoseliste Aufnahme fand. Vorliegend kommt jedoch hinzu, dass die Beschwerdeführer in nach Darlegung der behandelnden Fachpersonen seit Ende 2018 abstinent ist. Die D.\_\_\_\_-Gutachter erwarteten durch eine weitestgehende Alkoholabstinenz auch eine Verbesserung der neurokognitiven Leistung. Wohl spricht dies gerade nicht für eine rentenwirksame Verschlechterung des Gesundheitszustandes, jedoch vermag dies Auswirkungen auf die Anspruchsvoraussetzungen für eine Eingliederungsmassnahme zu haben. Ausser dem ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin seit der befristeten Anstellung keiner, jedenfalls keiner länger dauernden Erwerbstätigkeit mehr nachging und ihre beruflichen Erfahrungen im Informatikbereich zumindest auch aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen, welche sich offenbar im Jahre 2019 zu mindest in der Lendenwirbelsäule akzentuierten, eine geraume Zeit zurückliegen. Nach neuester Praxis des Bundesgerichts (BGE 145 V 215) können auch primäre Abhängigkeitssyndrome beziehungsweise Substanzkonsumstörungen unter gewissen Voraussetzungen invalidenversicherungsrechtlich relevante Gesundheitsschäden darstellen, weshalb ihre funktionellen Auswirkungen einer näheren Abklärung bedürfen. Hierzu ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin während der Alkoholentzugsbehandlung und darüber hinaus von ihren behandelnden Fachpersonen mehr als eineinhalb Jahre arbeitsunfähig geschrieben war (E. 3.4 .3), was auf massgebliche invaliditätsbedingte Einschränkungen hindeutet, weshalb die Notwendigkeit von Eingliederungsmassnahmen nicht nur mit der faktischen Erwerbsuntätigkeit begründet werden kann. Jedenfalls ergibt sich aufgrund der von der Beschwerdeführerin bis zum angefochtenen Entscheid vom 9. Oktober 2020 aufgelegten Akten, dass zumindest für Eingliederungsmassnahmen relevante Änderungen im massgeblichen Sachverhalt eingetreten sein könnten. Damit ist der Beschwerdeführerin gelungen, eine jedenfalls für Eingliederungsmassnahmen relevante Änderung im massgeblichen Sachverhalt glaubhaft zu machen. Aus diesem Grund wäre die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen, auf das Neuanmeldungs-gesuch vom 12. März 2020, womit ausschliesslich berufliche Massnahmen beantragt worden waren, einzutreten und die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen umfassend abzuklären. 5.

## 5.1

Gestützt auf diese Erwägungen ist die Beschwerde in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 9. Oktober 2020 gutzuheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie auf das Leistungsbegehren vom 12. März 2020 eintrete und es im Rahmen ihrer Untersuchungspflicht prüfe. 5.2

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der

Beschwerdegegnerin aufzu erlegen .

Damit erweist sich das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 9. Oktober 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit sie auf das Leistungsbegehren vom 12. März 2020 eintritt und den Leistungsanspruch prüft.

2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Hurst-Geiger

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