

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01008 vom 3. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.01008

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01008 du 3 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01008 del 3 aprile 2020

Erwägungen

E. 1.1

Unter welchen rechtlichen Voraussetzungen ein Anspruch auf eine Invalidenrente entsteht und welche zusätzlichen

Aspekte im Rahmen einer Neuanschuldung nach vorgängiger rechtskräftiger Verneinung eines Leistungsanspruchs zu berücksichtigen sind, wurde bereits im Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2013.00200 vom 30. Juni 2014 E. 1 erläutert (vgl. Urk. 8/94/3 ff.). Es kann darauf verwiesen werden. Indessen hat das Bundesgericht inzwischen eine spezifische Rechtsprechung zu primären Abhängigkeitssyndromen beziehungsweise Substanzkonsumstörungen, wie sie im soeben erwähnten Urteil des Sozialversicherungsgerichts in E. 5.2.2 erörtert wurde (vgl. Urk. 8/94/12), geändert, worauf nachfolgend näher einzugehen ist.

E. 1.2

Mit BGE 145 V 215

hat das Bundesgericht vor dem Hintergrund

der Rechtsprechung zur Ausdehnung des strukturierten Beweisverfahrens gemäss

BGE 141 V 281 auf sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 409 und 418) und

nach vertiefter Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der Medizin die

bisherige Rechtsprechung, wonach primäre Abhängigkeitssyndrome beziehungsweise Substanzkonsumstörungen zum vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich

relevanten Gesundheitsschäden darstellen können und ihre funktionellen

Auswirkungen deshalb keiner näheren Abklärung bedürfen, fallen gelassen (E.

5.3.3).

Es hat entschieden, dass fortan - gleich wie bei allen anderen

psychischen Erkrankungen - nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln

sei, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes

Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten

Person auswirke. Dabei könne und müsse im Rahmen des strukturierten

Beweisverfahrens insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten

Einzelfall Rechnung getragen werden (E. 6.3). Diesem komme nicht zuletzt

deshalb Bedeutung zu, weil bei Abhängigkeitserkrankungen - wie auch bei anderen psychischen Störungen - oft eine Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorliegt. Letztere seien auch bei Abhängigkeitserkrankungen auszuklammern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen würden (Urteil des Bundesgerichts 8C_245/2019 vom 16. September 2019 E. 4).

E. 1.3

Im Zusammenhang mit dieser neuen Rechtsprechung hat das Bundesgericht in seinem Urteil 9C_309/2019 vom 7. November 2019 E. 4.3.1 daran erinnert, dass ein Rentenanspruch entstehen kann, wenn die versicherte Person nach Ablauf der einjährigen Wartezeit (Art. 28 Abs. 1 lit. c des Bundesgesetzes

über die Invalidenversicherung; I VG) nicht oder noch nicht eingliederungsfähig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_787/2014 vom 5. Februar 2015 E. 3.2 mit zahlreichen Hinweisen), wobei insbesondere die grundsätzliche Behandelbarkeit einer Gesundheitsbeeinträchtigung in der Invalidenversicherung einen Anspruch nicht per se ausschliesst (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.4 sowie grundlegend BGE 127 V 294 E. 4).

E. 1.4

Im Übrigen ist die neue Rechtsprechung auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 8C_245/2019 vom 16. September 2019 E. 5 mit Hinweis). Hingegen stellt diese für sich allein keinen Neuanmeldungs- beziehungsweise Revisionsgrund dar. Grund für eine Neuanmeldung - bei der die Revisionsregeln analog anwendbar sind (Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG) BGE 134 V 131 E. 3; BGE 117 V 198 E. 3a) - ist allemal eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse (BGE 141 V 9 E. 2.3; BGE 130 V 343 E. 3.5; vgl. hierzu insbesondere BGE 141 V 585 E. 5 und Urteil des Bundesgerichts 8C_541/2019 vom 23. Dezember 2019 E. 5).

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 16. November 2018 Beschwerde (Urk. 1) mit dem Antrag, es sei ihr mit Wirkung ab 1. Dezember 2017 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zwecks ergänzender medizinischer Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2). Mit Eingabe vom 20. Dezember 2018 (Urk. 5) reichte die Versicherte einen neuen Arztbericht (Urk. 6) ein. In der Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2019 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7) und verzichtete mit Schreiben vom 17. Januar 2019 auf eine Stellungnahme zu den nachgereichten Unterlagen (Urk. 10). Diese Eingaben wurden der Versicherten mit Verfügung vom 22. Januar 2019 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, die gesundheitliche Verschlechterung seit der letzten rentenablehnenden Verfügung im Jahr 2008 sei auf das Suchtverhalten der Beschwerdeführerin zurückzuführen, weshalb kein Rentenanspruch

bestehe (Urk. 2). Dazu verwies sie in der Beschwerdeantwort auf die Stellungnahme des RAD vom 8. August 2018 (Urk. 7).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin hielt indessen dafür, Vergleichsbasis bilde die gerichtlich bestätigte Verfügung vom 24. Januar 2013. Ihr Suchtverhalten habe inzwischen zu invalidisierenden, irreversiblen Folgeerkrankungen geführt, die spätestens seit Dezember 2016 dokumentiert seien. Obschon sie derzeit betreut wohne und absinent sei, bestehe die mindestens mittelgradige kognitive Störung fort. Gemäss den behandelnden Ärzten bestünden eine sekundäre Hirnschädigung und ein eigentümliches depressives Leiden; ferner seien

ein Korsakow-Syndrom, eine leichte Demenz, eine Polyneuropathie sowie eine Multiple Sklerose weiter abzuklären, was bisher aus zeitlichen Gründen nicht möglich gewesen sei. Die Beschwerdegegnerin habe weder beim Arzt ihres Wohnheims noch bei ihrem Therapeuten einen Verlaufsbericht eingeholt.

Aus all diesen Gründen könne nicht auf die Stellungnahme des RAD abgestellt werden, der im Übrigen am 15. Mai 2018 zunächst selbst eine andauernde kognitive Störung bestätigt habe

(Urk. 1).

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung – wie vorliegend – auf die Neuanmeldung 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)

und nach umfangreichen Abklärungen (vgl. Sachverhalt E. 1.3) einen materiellen Entscheid gefällt hat.

E. 4

.1

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen im Sinne eines materiellen Revisionsgrundes nach Art. 17 ATSG bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erheblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln, so dass gegebenenfalls zu vergleichender Ausgangsachverhalt auch derjenige sein kann, der einer blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG) gestützt auf Art. 74 ter

lit. f IVV zugrunde lag (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 mit Hinweis).

E. 4.2

Vergleichsbasis bildet vorliegend somit der Sachverhalt, wie er der Verfügung vom 24. Januar 2013 zugrunde lag (Urk. 8/84). Daran ändert nichts, dass das Sozialversicherungsgericht die gegen jenen Entscheid erhobene Beschwerde mit Urteil IV.2013.00200 vom 30. Juni 2014 mit der Begründung abwies, es fehle an einer anspruchsbeeinflussenden Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der rechtskräftigen Rentenablehnung vom 22. Januar 2008 (vgl. Urk. 8/94/13).

Das Gericht stützte sich damals auf die Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Urk. 8/94/10 ff.), die nach eigener Untersuchung vom 26. Juli 2011 (vgl. Urk. 8/51) schlussfolgerte, aus versicherungsmedizinischer Sicht sei die funktionelle Leistungsfähigkeit aufgrund der in Anlehnung an den Mini-ICF-P festgestellten Beeinträchtigungen (vgl. dazu Urk. 8/51/6 f.), der verminderten Konzentrationsfähigkeit, des verminderten Antriebes und der insgesamt verminderten emotionalen Belastbarkeit, auch infolge der Suchtproblematik (vgl. Urk. 8/51/9: Rückfall bei Belastungssituation mit erneutem Alkoholkonsum abends ohne wesentliche kognitive Ausfälle), leichtgradig eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin benötige vermehrte Pausen und Erholungszeit, um aufkommende ängstliche Anspannungen und Überforderungsgefühle zu überwinden. Es könne von einer 20%igen Verminderung der Arbeitsfähigkeit wie auch im Haushaltsbereich ausgegangen werden. Bei Beruhigung der psychosozialen Belastungsfaktoren sei mit einer Verbesserung und Stabilisierung der Symptomatik zu rechnen (vgl. Urk. 8/51/10). Nach eigenen Angaben in der Untersuchung bewältigte die Beschwerdeführerin ihren Haushalt damals selbständig, kümmerte sich ausreichend um ihre Hunde, zeigte verschiedene Interessen und pflegte auch wenige soziale Kontakte (vgl. Urk. 8/51/2-3).

E. 5

4

Im Übrigen wurde die Beschwerdeführerin im ersten Halbjahr 2017 ambulant von Dr. med. univ. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, behandelt. Zwischen dem 18. Januar und 27. Juni 2017 fanden sowohl Konsultationen in der Praxis als auch Hausbesuche statt (vgl. Urk. 8/110/5 f.).

Im Bericht, eingereicht im Juni 2017, diagnostizierte Dr. K.____ einen schädlichen Gebrauch von Alkohol sowie eine Benzodiazepinabhängigkeit (vgl. Urk. 8/95/1). Die Beschwerdeführerin sei ihm durch den Hausarzt zugewiesen worden, nachdem ein im Dezember 2016 – nach einer Schulterluxation – im Krankenhaus erfolgter Alkoholentzug nicht von Erfolg gekrönt gewesen sei. Die Beschwerdeführerin habe unter 8 mg Temesta immer noch regelmässig bis zu 3 Liter Bier getrunken. Die Spitex sei vom Hausarzt im August 2016 installiert worden und besuche die Beschwerdeführerin inzwischen regelmässig zur Medikamenten- und Lebensmittelabgabe. Diese könne nicht mehr kochen oder ihre Finanzen selbst regeln. Die Etablierung eines verhaltenstherapeutischen Programms zur Verbesserung der Lebensqualität mit dem Ziel einer Karenz von Alkohol und Temesta sei an der Motivation und abnehmenden kognitiven Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin gescheitert. Zweimal habe diese eine tagesklinische Behandlung nach Schnupperbesuchen abgelehnt. Nach dem tonisch-klonischen Anfall im April 2017 hätten ihre kognitiven Leistungen erneut deutlich abgenommen; sie habe ihn nicht wiedererkannt. Die Prognose bezüglich Abstinenz und Interventionmöglichkeiten sei schlecht. Er empfehle ein Alters- und Pflegeheim, wo er sie aufsuchen könne und der Alkoholkonsum

kontrolliert werde. Die Beschwerdeführerin sei arbeitsunfähig, woran medizinische Massnahmen nichts ändern würden (vgl. Urk. 8/95/2 f.).

Im Bericht vom 8. März 2017 [richtig: 2018] gab

Dr. K.____

an, das Zustandsbild habe sich nach seinem Besuch vom 25. Januar 2017 in der unordentlichen, aber insgesamt sauberen Wohnung leicht gebessert. Der Alkoholkonsum sei aber nur leicht reduziert worden, eine Tagesstruktur habe man nicht etablieren können. Im Anschluss an den Spitalaufenthalt im April 2017 sei es zu einem massiven kognitiven Abbau gekommen, weshalb die Spitex eine Gefährdungsmeldung gemacht habe. Gemäss E-Mail derselben

vom 7. Juni 2017 verweigere die Beschwerdeführerin teilweise die Unterstützung bei der Körperpflege, dem Aufräumen und der Hauswirtschaft. Das Medikamentenmanagement sei mit zwei Einsätzen täglich fast nicht mehr durchführbar. Jede Woche müssten liegende blieben Medikamente entsorgt werden. Die Beschwerdeführerin scheine die Mittags- und Nachtmedikamente nicht selbständig einnehmen zu können und benötige Hilfe bei der Mundspülung, dem Nasenspray und der Inhalation. Die Hunde würden ihr Geschäft in der Wohnung verrichten, der kleinere der beiden habe

zudem massiv abgenommen. Die Schlafzimmerschränke seien gefüllt mit vollen und leeren Bierdosen. Der Konsum werde auf mindestens 6 bis 8 Liter pro Tag geschätzt. Die Beschwerdeführerin sei nicht mehr in der Lage, ihrer Beistandin die Rechnungen zu bringen. Sie vergesse schnell und könne sich immer weniger an terminliche Absprachen oder Zeiten halten (vgl. Urk. 8/110/5 f.).

Die Beschwerdeführerin, so Dr. K.____ weiter, sei seit dem ersten Kontakt nie arbeitsfähig gewesen und werde es auch nicht mehr. Sie sei nicht mehr belastbar. Es bestünden insbesondere massive kognitive Defizite, ein depressives Zustandsbild sowie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen. Neben den Suchterkrankungen diagnostizierte er neu eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.11; vgl. Urk. 8/110/4 ff.).

Im Bericht vom 29. Mai 2018 wies Dr. K.____

vorweg darauf hin, dass er die Beschwerdeführerin seit dem 27. Juni 2017 nicht mehr gesehen habe, was die verlangten ergänzenden Einschätzungen erschwere. Aufgrund des langjährigen Alkoholkonsums und anderer Diagnosen könne von einer sekundären Hirnschädigung ausgegangen werden. Verhaltenstherapeutisch im Vordergrund gestanden habe jedoch die Entzugsbehandlung. Allerdings habe er sich zusammen mit dem Hausarzt, dem Sozialdienst, der Spitex und dem Krankenhaus der Realität stellen müssen, dass der Entzug sehr schleppend vorangeschritten sei, die Kognition nach dem Krampfanfall indessen so abgebaut habe, dass ein Alleinleben die Beschwerdeführerin gefährdet hätte (Urk. 8/113).

E. 5.1

Gemäss den neuen Unterlagen war die Beschwerdeführerin inzwischen vom 3. bis 21. April 2017 im F.____ hospitalisiert. Gemäss dem Austrittsbericht vom 23. April 2017 stürzte sie am Eintrittstag, wobei sie sich eine Schulterkontusion links zuzog und einen tonisch-klonischen Krampfanfall erlitt. Im Spital wurden zunächst eine schwere

Elektrolytentgleisung mit Hyponatriämie (mit vorübergehender Verwirrtheit und Hyperreflexie) und Hypokaliämie sowie eine makrozytäre Anämie festgestellt. Hinzu kamen im Laufe des Aufenthalts die Diagnosen Benzodiazepin-Abhängigkeitssyndrom und koronare Eingefässerkrankung mit einem anterioren Nicht-ST-Hebungsinfarkt (99% -RIVA-Stenose). Neben dem bekannten Alkoholabhängigkeitssyndrom (aktueller Bierkonsum gemäss Spitex 5 bis 6 Liter pro Tag) sowie einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, beide mit unklarer Erstdiagnose, wurde zudem ein Status nach traumatischer, antero-inferiorer Schulterluxation links im Dezember 2016 mit inkompletter Radialis- und Axillarisparese sowie nicht dislozierter Abrissfraktur des Tuberculum majus mit Hills-Sachs-Impressionsfraktur konstatiert. Ebenfalls mit Erstdiagnose im Jahr 2016 genannt wurden eine Fettleber, der Verdacht auf eine periphere Polyneuropathie sowie eine chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) Gold II. Schliesslich wurde aufgrund der persönlichen Anamnese eine kongenitale kognitive Minderbegabung festgehalten (vgl. Urk. 8/108/7 f.).

Das psychiatrische Konsil

ergab, dass die Situation zuhause zu jenem Zeitpunkt schwierig war. Die Beschwerdeführerin trinke vermehrt und sei zunehmend verwirrt. Die Hunde müssten immer wieder in tierärztliche Behandlung. Die Spiex komme zweimal täglich vorbei (Urk. 8/108/9). Die Ärzte sahen die Suchtproblematik im Vordergrund stehend, weshalb sie im Hinblick auf eine geordnete Tagesstruktur eine Anbindung der Beschwerdeführerin zweimal wöchentlich halbtags ambulant an das G._____

planten und mit ihr einen Termin beim Hausarzt vereinbarten, um einen allfälligen Einsatz von Antabus zu besprechen (vgl. Urk. 8/108/10). Wie dem ergänzend ausgefüllten Formularbericht zu entnehmen ist, erwarteten die Ärzte damals aufgrund der somatischen Beschwerden keine relevante Einschränkung in der Tätigkeit als Hundecoiffeuse. Nähere Angaben zur Arbeitsfähigkeit waren ihnen indessen nicht möglich. Allerdings gingen sie davon aus, eine psychiatrische Betreuung und Entzugstherapie würde sich wahrscheinlich positiv auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (vgl. Urk. 8/108/3 f.).

E. 5.5

Der RAD-Arzt med. pract. E._____ beurteilte die Situation anhand der vorstehenden Berichte, einschliesslich der Bildbefunde des Schädels und der neuropsychologischen Diagnostik, in der von der Beschwerdegegnerin als massgeblich erachteten Stellungnahme vom 8. August 2018 wie folgt: Eine Folgeerkrankung des langjährigen Alkohol- und Sedativgebrauchs im Sinne einer Hirnatrophie, eines Korsakow-Syndroms respektive einer Demenz könne «gegenwärtig» nicht diagnostiziert werden. Die kognitiven Störungen und die Verhaltensstörungen seien auf den Übergebrauch von Alkohol zurückzuführen. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber dem Jahr 2008 im Sinne eines neu hinzutretenden invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens respektive einer Folgeerkrankung des langjährigen Alkohol- und Sedativgebrauchs sei nicht ausgewiesen. Es handle sich nach wie vor um ein primäres Suchtgeschehen, das jedoch über die Zeit hinweg einen tragischen Verlauf genommen habe, so dass eine vermehrte Abhängigkeit von Fremdhilfe entstanden sei. Vor dem Hintergrund dieses Gesundheitszustandes sei eine Arbeitsfähigkeit nicht gegeben. Der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung vor dem Hintergrund eines primären Suchtgeschehens sei administrativ zu entscheiden (vgl. Urk. 8/122/6).

E. 5.6

Im Gerichtsverfahren reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 23. November 2018 nach, den sie zwischen dem 18. Dezember 2017 und 30. Oktober 2018 sechsmal konsultiert hatte. Er übernahm die Diagnosen aus den Berichten den F.____ und wies im Befund auf eine deutliche Aufmerksamkeits-, Auffassungs- und Konzentrationsstörung sowie eine formalgedankliche Verlangsamung hin. Eine Ich-Störung bestehe nicht. Im Affekt sei die Beschwerdeführerin niedergeschlagen, teilweise gereizt und ihre emotionale Schwingungsfähigkeit deutlich reduziert. Aus somatischer Sicht bestehe eine generalisierte Schmerzsymptomatik. Kardiopulmonal sei sie reduziert bei ausgeprägter COPD mit entsprechender Dyspnoe. Angesichts der schweren psychiatrischen und somatischen Diagnosen sowie ihrem Alter Rechnung tragend, sei gegenwärtig und sicher auch während der nächsten Jahre keine Arbeitsfähigkeit mehr gewährleistet, schon gar nicht im ersten Arbeitsmarkt. Wie er von der J.____ vernommen habe, werde die Beschwerdeführerin sozusagen auf den Pensionierten-Status gesetzt und mache lediglich einfache Hilfsarbeiten, was mit Sicherheit ihrem Profil entspreche. Die Suchtproblematik sei unter der engmaschigen Betreuung gut kontrolliert. Nach den ihm vorliegenden Angaben werde seit dem 23. August 2018 kein Alkohol mehr konsumiert (vgl. Urk. 6).

E. 6

3

Zusammenfassend erfolgte die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im angefochtenen Entscheid somit im Lichte der bisherigen Rechtsprechung zur in validisierenden Wirkung einer reinen Suchterkrankung. Der medizinische Sachverhalt wurde daher nur für einen sehr kurzen Zeitraum näher abgeklärt. Dieser ist gekennzeichnet durch eine rasante Verschlechterung des Suchtgeschehens mit dem Verlust von Alltagskompetenzen und einer starken Intensivierung der Behandlung und Unterstützung, die unter der geänderten Rechtsprechung nach BGE 145 V 215 beachtlich sein kann. Die bisherigen Abklärungen erlauben jedoch – bei auch unterschiedlichen, teilweise eindeutig

zu wohlwollenden Prognosen

– keine zuverlässigen Aussagen zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit für den gesamten Beurteilungszeitraum der Verfügung.

Zudem fehlt es an einer vertieften Auseinandersetzung ärztlicherseits mit den gemäss BGE 141 V 281 massgeblichen Aspekten. Eine ergebnisoffene Prüfung fand bisher nicht statt. Dazu gehört insbesondere die Beantwortung der Frage, inwiefern nach wie vor auszuklammernde invaliditätsfremde Faktoren einerseits und suchtbedingte Einschränkungen mit insoweit konsistentem Verhalten andererseits vorliegen. Einzuordnen gilt es etwa die aktuell wie auch in den Vorakten (vgl. etwa Urk. 8/68/7) festgestellte fehlende Motivation für einen beruflichen Wiedereinstieg oder eine adäquate Behandlung wie auch die soweit ersichtlich belastende, aber für die Beschwerdeführerin dennoch unvermeidbare Fremdplatzierung der Hunde. Aufgrund der

nun weggefallenen Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Sucht sind zudem auch das möglicherweise ressourcen mobilisierende neue Umfeld zu würdigen und eine allfällige ressourcenhemmende Wirkung der früher festgestellten und im Rahmen des

aktuellen Geschehens ver nachlässigten vulnerable n Persönlichkeit respektive emotional instabilen Persön lichkeitszüge näher zu beleuchten (vgl. etwa Urk. 8/51/9 oben; vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 9C_618/2019 vom 1 6. März 2020 E. 8.2.1.3.2) .

E. 7

Abs. 2 lit . d IVG). Komme sie den ihr auferlegten Schadenminderungspflichten nicht nach, sondern erhalte willentlich den krankhaften Zustand aufrecht, sei nach Art. 7b Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 21 Abs. 4 ATSG eine Verweigerung oder Kürzung der Leistungen möglich (E. 5.3.1; zum Ganzen: Urteil des Bundes gerichts 8C_245/2019 vom 1 6. September 2019 E. 4). Der Gutachter wird sich demnach gegebenenfalls mit der Frage auseinandersetzen haben, ob die Auf erlegung einer Schadenminderungspflicht gebot en und zumutbar ist.

E. 8

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwal tung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2). Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versi cherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden B eschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 2) erweist sich damit als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 1 6. Oktober 2018 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kan tons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Gemeinde Y.____ - 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 Bundesge setzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizu legen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin VogelBonetti

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