

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00433 vom 26. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00433

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00433 du 26 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00433 del 26 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1988, absolvierte ab August 2006 eine Lehre als Kauf frau (Erweiterte Grundbildung), die sie nach einer einjährigen Verlängerung der Lehrzeit im August 2010 erfolgreich abschloss (vgl. Urk. 8/1, 8/3/5 und 8/3/9). Zuletzt war die Versicherte von September bis Dezember 2010 mit einem Pen sum von 100 % als Callcenter-Agentin angestellt (Urk. 8/4/4, 8/10 und 8/23/1). Anschliessend bezog sie Arbeitslosenentschädigung (Urk. 8/3/6).

Am 26. März 2012 meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an, da sie an einer Lähmung der linken Seite leide, nachdem sie am 20. September 2008 und am 31. Januar 2012 einen Hirnschlag erlitten habe (Urk. 8/4/5). Die IV-Stelle tätigte darauf medizinische (Urk. 8/8, 8/14-16, 8/19 und 8/24) und erwerbliche (Urk. 8/10, 8/13, 8/23 und 8/32) Abklärungen. Sie erteilte der Versicherten Kostengutsprachen für ein Belastbarkeitstraining vom 9. September bis zum 8. Dezember 2013 und ein anschliessendes Aufbaustraining vom 9. Dezember 2013 bis zum 8. Juni 2014 bei der Y.____ (Urk. 8/33 und 8/41). Das Aufbaustraining wurde nach dem Eingang weiterer Arztberichte (Urk. 8/44 und 8/45) am 27. Februar 2014 vorzeitig beendet, da es der Versicherten nicht gelungen sei, die gesteckten Ziele zu erreichen. Sie habe zahlreiche krankheits bedingte oder durch ärztliche Untersuchungen bedingte Absenzen gehabt. Ihre gesundheitliche Situation sei gegenwärtig zu instabil für eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt (Urk. 8/47). Mit schriftlicher Mitteilung vom 10. März 2014 erklärte die IV-Stelle die Teilnahme an der Integrationsmassnahme per 27. Februar 2014 als abgeschlossen (Urk. 8/49).

Die IV-Stelle holte weitere ärztliche Unterlagen ein (Urk. 8/50) und gab ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (Urk. 8/51-56), das am 8. Januar 2015 von der Medizinischen Abklärungsstelle Z.____ erstattet wurde (Urk. 8/60). Mit Einschreiben vom 27. Januar 2015 gab die IV-Stelle der Versicherten die von den Gutachtern zur Verbesserung des Gesundheitszustands empfohlenen Behandlungsmassnahmen bekannt, wozu auch eine stationäre und medikamentöse psychiatrische Behandlung gehörte. Die IV-Stelle forderte die Versicherte dazu auf, bis zum 28. Februar 2015 mitzuteilen, in welcher Klinik und bei welchem Arzt oder welcher Ärztin sie die empfohlenen Massnahmen durchführen werde, und machte sie auf die Folgen einer Nichtteilnahme aufmerksam (Urk. 8/61). Mit E-Mail vom 28. Februar 2015 gab die Versicherte das A.____, das B.____ und Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, als Behandler an (Urk. 8/62). Zuerst mit E-Mail vom 2. März 2015 (Urk. 8/63) und später mit Einschreiben vom 20. März 2015 (Urk. 8/64) forderte die IV-Stelle die Versicherte dazu auf, auch darüber Auskunft zu geben, wo sie sich der stationären psychiatrisch-psycho

therapeutischen Behandlung unterziehen werde. Die Aufforderung vom 20. März 2015 verband die IV-Stelle mit einer Fristansetzung bis zum 6. April 2015 unter Androhung von Säumnisfolgen (Urk. 8/64).

Am 31. März 2015 teilte Dr. C. ___ der IV-Stelle telefonisch mit, er behandle die Versicherte seit dem 21. Februar 2015 ambulant psychiatrisch. Es bestehe keine Indikation für eine stationäre Behandlung, was er noch schriftlich mitteilen und begründen werde (Urk. 8/65). Mit E-Mail vom 30. April 2015 ging der Bericht von Dr. C. ___ bei der IV-Stelle ein (Urk. 8/67 und 8/68). Die IV-Stelle teilte der Versicherten mit Schreiben vom 2. Juni 2015 mit, sie halte am Entscheid zur Durchführung der empfohlenen Massnahmen fest (Urk. 8/69). Über dies forderte sie die Versicherte dazu auf, bis zum 20. Juli 2015 bekannt zu geben, wo sie die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durchführen werde (Urk. 8/71). Die Versicherte machte darauf gegenüber der IV-Stelle geltend, ihr behandelnder Neurologe, Dr. med. D. ___, Facharzt FMH für Neurologie, habe einige Untersuchungen angeordnet. Da ihr Ärzteteam der Auffassung sei, das Resultat dieser Abklärungen sollte vorliegen, bevor andere Schritte eingeleitet werden, sei die Überweisung in eine Psychiatrische Klinik noch offen (Urk. 8/72). Eine Nachfrage bei Dr. D. ___ am 23. Juli 2015 ergab, es seien noch keine Untersuchungen in Auftrag gegeben worden, da die Versicherte mitgeteilt habe, es müssten zuerst noch andere Behandlungen durchgeführt werden, die nicht neurologisch seien (Urk. 8/74).

Mit Vorbescheid vom 23. Juli 2015 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 8/75). Dagegen erhob die Versicherte Einwand (Urk. 8/76 und 8/76). Die IV-Stelle forderte sie mit Schreiben vom 28. August 2015 dazu auf, bis zum 24. September 2015 mitzuteilen, bei welchem Arzt die im Einwandschreiben erwähnten Untersuchungen durchgeführt werden, und entsprechende Berichte einzureichen (Urk. 8/78). Am 7. September 2015 begründete Milosav Milovanovic als Vertreter der Versicherten den Einwand ergänzend (Urk. 8/83) und gab einen Bericht von Dr. D. ___ vom 1. Juli 2015 zu den Akten (Urk. 8/82). Die IV-Stelle ersuchte den Vertreter der Versicherten mit Schreiben vom 15. Oktober und vom 22. Dezember 2015 um die Zustellung weiterer Unterlagen (Urk. 8/86 und 8/87). Nachdem keine Dokumente eingetroffen waren, wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 14. März 2016 ab (Urk. 2 = 8/90).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art.

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 1.4

Die versicherte Person muss gemäss Art. 7 IVG alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität (Art.

E. 1.5

Die Leistungen können gemäss Art. 7b IVG nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 dieses Gesetzes oder nach Art. 43 Absatz 2 ATSG nicht nachgekommen ist (Abs. 1). Die Leistungen können in Abweichung von Art. 21 Abs. 4 ATSG ohne Mahn- und Bedenkzeitverfahren gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person: a.

trotz Aufforderung der IV-Stelle nach Art. 3c Abs. 6 nicht unverzüglich eine Anmeldung vorgenommen hat und sich dies nachteilig auf die Dauer oder das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit oder der Invalidität auswirkt; b.

der Meldepflicht nach Art. 31 Abs. 1 ATSG nicht nachgekommen ist; c.

Leistungen der Invalidenversicherung zu Unrecht erwirkt oder zu erwirken versucht hat; d.

der IV-Stelle die Auskünfte nicht erteilt, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe benötigt (Abs. 2).

Beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen sind alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person, zu berücksichtigen (Abs. 3). 2.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht aufgrund einer Auskunft- oder Mitwirkungspflichtverletzung der Beschwerdeführerin einen Leistungsanspruch verneint hat (vgl. Urk. 1, 2 und 7). 3. 3.1

In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten entnehmen, dass die Versicherte am 31. Januar 2012 einen zweiten ischämischen Insult erlitt, worauf sie bis zum 5. März 2012 in der Klinik für Neurologie des E.____ hospitalisiert war (Urk. 8/16). Anschliessend hielt sie sich bis zum 19. April 2012 zur Rehabilitation in der F.____ auf (Urk. 8/8, 8/14 und

8/15/9-21). Dort wurde die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 8/14/1 und 8/15/9):

Ischämischer Insult im Anterior- und Medialstromgebiet rechts am 31.01.2012 - ätiologisch: derzeit unklar, DD im Rahmen einer Vaskulitis - zerebrovaskuläre Risikofaktoren: Adipositas permagna - initialer NIHSS 10/40, mRS 5 - intravenöse Lysetherapie - konventionelle Angiographie 15.02.2012: Befund vereinbar mit Vaskulitis - Lumbalpunktion mit diskreter Pleozytose - ANA mit Titer 1:160 leicht erhöht - Status nach meningealer Biopsie ohne AP für Vaskulitis - Status nach ischämischem Insult im Medialstromgebiet rechts am 20.09.2008, residuelles Hemisyndrom links mit Neglect - klinisch aktuell: armbetontes sensomotorisches spastisches Hemisyndrom links, diskreter Neglect nach links.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Adipositas permagna, BMI 50,8 kg/m² (Urk. 8/14/1 und 8/15/9). Bis zur nächsten Kontrolle in der Klinik für Neurologie des E.____ mit anschliessender Neuevaluation bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/8/1, 8/14/3 und 8/15/10-11). 3.2

Vom 28. bis zum 30. August 2012 fand in der Klinik für Neurologie des E.____ eine stationäre Verlaufskontrolle statt (vgl. Urk. 8/19). Bei dieser Gelegenheit habe die Versicherte über einen erfreulichen Verlauf seit Februar 2012 berichtet. Die Schwäche der linken Körperseite habe sich gut erholt. Aktuell bestünden noch eine Steifheit der linken Hand und eine Schwäche des linken Fusses. Auch die Sensibilität sei auf der linken Körperhälfte leicht gemindert. Aus diesem Grund gehe die Versicherte zweimal wöchentlich zur Physio- und Ergotherapie und fünfmal pro Woche ins Fitness studio. Weiterhin berichte die Versicherte über neu aufgetretene Kopfschmerzen seit Februar 2012, unter denen sie beinahe täglich leide und die sich abwechselnd bifrontal (pulsierend) und okzipital rechts (dumpf-drückend) darstellten. Übelkeit, Erbrechen, Phono- oder Photophobie bestünden nicht. Die Schmerzintensität erreiche bis zu 8 auf der visuellen Analogskala, es würden jedoch keine schmerz Lindernenden Medikamente eingenommen (Urk. 8/19/7). Wann mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden könne, lasse sich nicht eindeutig beurteilen (Urk. 8/19/3). 3.3

Am 9. Januar 2013 suchte die Versicherte erstmals die Kopfwehsprechstunde der Klinik für Neurologie des E.____ auf, wo ein new daily persistent headache, differentialdiagnostisch cofaktoriell verstärkt durch eine symptomatische Komponente bei Status nach Hirninfarkten diagnostiziert wurde (Urk. 8/24/1 = 8/45/23). Es fanden diverse Verlaufskontrollen und eine medikamentöse Behandlung, unter anderem mit Sirdalud, Topamax/Topiramaten, Saroten und Magnesiocard statt (vgl. Urk. 8/45/12, 8/45/14, 8/45/16 und 8/45/19). Nachdem die Ätiologie der anamnestisch beschriebenen täglichen, zeitweise stärksten Kopfschmerzen, ungeklärt geblieben war und die Versicherte neu aufgetretene passagere Visusstörungen geklagt hatte, wurde eine Liquorpunktion empfohlen, um einen Pseudotumor cerebri als Ursache der Kopfschmerzsymptomatik auszuschliessen. Die Versicherte habe eine entsprechende Untersuchung strikt abgelehnt, weshalb sie lediglich zur Abklärung der Visusstörungen und zur Durchführung einer Gesichtsfeldperimetrie und Funduskopie weiterverwiesen worden sei (Urk. 8/45/15). 3.4

Die ophthalmologische Untersuchung fand am 20. Dezember 2013 in der Augenklinik des E.____ statt. Es wurde eine leichte Hyperopie beidseits diagnostiziert, die sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Man habe der Versicherten eine Entlastungsbrille verordnet. Ob

sich damit die täglichen Kopfschmerzen (in Form eines Druckes um die Augen herum, mit Zunahme bei Arbeiten am Computer) verbessern liessen, sei schwierig vorher zuzusagen (Urk. 8/44). 3.5

Im Bericht der Klinik für Neurologie des E.____ vom 5. Januar 2013 (gemeint wohl: 2014; vgl. Urk. 8/45/5-11) wurden die bereits bekannten Diagnosen bestätigt (Urk. 8/45/6). Die Versicherte klagt über tägliche, in der Ausprägung zeitweise stärkste Kopfschmerzen (Urk. 8/45/7). Sie sei durch ein brachial-betontes spastisches sensomotorisches Hemisyndrom links und durch die Adipositas permagna eingeschränkt; wann mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden könne, sei unklar. Bei der Versicherten bestehe der grosse Wille für das Weiterführen der Wiedereingliederungs massnahmen, die zu einer Erreichung bzw. Überschreitung ihrer Leistungsgrenze führten (Urk. 8/45/8). 3.6

Wegen eines am 9. Januar 2014 aufgetretenen Schwankschwindels stellte sich die Versicherte am 10. Januar 2014 auf dem Notfall der Klinik für Neurologie des E.____ vor. Seither habe die Intensität des Schwindels wieder abgenommen, er sei aber weiterhin täglich vorhanden, ohne Begleitsymptome, von wechselnder Dauer und lageunabhängig. Klinisch-neurologisch zeige sich ein Nystagmus mit torsional-vertikaler Komponente beim Blick nach rechts in Endstellung (Urk. 8/50/13-15).

Bei einer weiteren Notfalluntersuchung am 23. Februar 2014 habe die Versicherte berichtet, der Schwankschwindel und die rechtsseitigen drückenden Cephalgien hätten sich verstärkt. Davor habe sie die empfohlene medikamentöse Therapie (Magnesium und Venlafloxin), wahrscheinlich aufgrund eines Missverständnisses, nicht in einer suffizienten Dosierung eingenommen. In der klinisch-neurologischen Untersuchung zeigten sich bei vorbestehender residueller armbetonter Hemiparese und Hemispastik links keine neuen fokalneurologischen Defizite. Laborchemisch zeige sich ein blander Befund und das cMRI vom 21. Februar 2014 habe keine Anzeichen für eine frische Ischämie ergeben (Urk. 8/50/10-11). 3.7

Dem Bericht der Klinik für Neurologie des E.____ vom 28. April 2014 zufolge ergaben sich bezüglich der Kopfschmerzen keine neuen Aspekte. Der Schwankschwindel habe inzwischen an Intensität abgenommen, er sei jedoch noch vorhanden (Urk. 8/50/1). Wann mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden könne, sei nach wie vor unklar (Urk. 8/50/3). 3.8

Im polydisziplinären Gutachten der Z.____ vom 8. Januar 2015 wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 8/60/36): 1.

Cerebrovaskuläre Verschlusskrankheit mit Status nach ischämischem Hirninfarkt im Mediastromgebiet rechts 09/2008 sowie 01/2012 mit residueller armbetonter spastischer Hemiparese links (ICD-10: I63.4, G81.1)

-

Adipositas Grad III (ICD-10: E66.02)

-

Episodischer Spannungskopfschmerz (ICD-10: G44.2) 2.

Schwergradige depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2)

-
mit/bei chronischer körperlicher Erkrankung

-
mit Symptomen von Angst, Panik und Schwindel.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine arterielle Hypertonie (ICD-10: I10.90), eine Prothrombin-Mutation (ICD-10: D68.21), der Verdacht auf eine leichte obstruktive Schlafapnoe (ICD-10: G47.31) und eine nicht näher bezeichnete Essstörung (ICD-10: F50.9) mit Binge Eating-Symptomatik (Urk. 8/60/36). Aus gesamtmedizinischer Sicht stehe aktuell die psychiatrische Diagnose der schwergradigen depressiven Episode im Vordergrund (Urk. 8/60/38).

Nach dem ersten Hirninfarkt sei die Versicherte zuerst zu 100 %, dann zu 50 % und später zu 40 % arbeitsunfähig gewesen. Ab dem 1. November 2009 habe die Arbeitsunfähigkeit 0 % betragen. Der zweite Hirninfarkt vom 31. Dezember 2012 habe wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nach sich gezogen (Urk. 8/60/39).

In der angestammten beruflichen Tätigkeit sei die Versicherte aufgrund der hoch gradigen Parese des linken Armes relevant eingeschränkt. Zusätzlich bestehe eine leichte Gehbehinderung. Ungünstig sei sicher das massive Übergewicht der Versicherten, wobei die Adipositas nicht den entscheidenden Faktor darstelle (Urk. 8/60/40).

Aus neurologischer Sicht wäre der Versicherten eine Arbeitstätigkeit von vier Stunden täglich, verteilt auf den ganzen Tag, allenfalls im Home Office-Bereich, medizinisch-theoretisch zumutbar. Die Einschränkung komme aufgrund der Lähmung zustande. Es müsse zudem davon ausgegangen werden, dass derzeit auch in einer anderen angepassten Tätigkeit keine höhere Arbeits- und Leistungsfähigkeit erreicht werden könne, da bei einem erhöhten Arbeitspensum mit vermehrten Beschwerden, auch hinsichtlich der Spannungskopfschmerzen und der Spastik, zu rechnen wäre (Urk. 8/60/40).

Nach dem zweiten Schlaganfall habe die Versicherte eine depressive Episode entwickelt, die sich nach dem gescheiterten Wiedereingliederungsversuch verstärkt habe (Urk. 8/60/39). Aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/60/40).

Aus neurologischer Sicht sei eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit angepasst, wobei – wie erwähnt – in einer derartigen Tätigkeit keine höhere Leistungsfähigkeit zu erwarten sei. Aus psychiatrischer Sicht bestehe derzeit auch in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit sei nach einer erfolgreichen psychiatrischen Therapie zu überprüfen (Urk. 8/60/41).

Schliesslich wurde aus neurologischer Sicht empfohlen, die bisherige Behandlung unverändert weiterzuführen. Aus gesamtmedizinischer Sicht sei eine Gewichtsreduktion dringend indiziert, um die aktuellen und weiteren möglichen Co-Morbiditäten zu reduzieren und eine Belastungssteigerung anzustreben. Wegen des Verdachts auf eine relevante obstruktive Schlafapnoe werde zu einer weitergehenden Abklärung mittels einer respiratorischen Polygraphie geraten. Aus psychiatrischer Sicht sei bei der vorliegenden schwergradigen depressiven Episode die Indikation für einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Institution gegeben. In diesem Rahmen sollte eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, inklusive antidepressiver

Pharmakotherapie, mit nach folgender ambulanter Anschlussbehandlung stattfinden (Urk. 8/60/41). 4.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 14. März 2016 liess die Versicherte, vertreten durch Milosav Milovanovic, mit Eingabe vom 14. April 2016 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, und es sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter seien die angefochtene Verfügung aufzuheben und der Fall für weitere Abklärungen an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen. Überdies wurde um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung ersucht (Urk. 1 S. 1). Mit Verfügung vom 19. April 2016 wurde der IV-Stelle eine dreisigntägige Frist angesetzt, um die Beschwerde zu beantworten. Mit derselben Verfügung wurde der Beschwerdeführerin das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit zugestellt und eine Frist von 30 Tagen angesetzt, um es vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt mit sämtlichen Belegen zur aktuellen finanziellen Situation dem Gericht einzureichen (Urk. 5). Die IV-Stelle schloss am 23. Mai 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Die Beschwerdeführerin liess mit Eingabe vom 1. Juni 2016 Unterlagen zum Beleg ihrer finanziellen Bedürftigkeit einreichen (Urk. 9, 10 und 11/1-11). Mit Verfügung vom 9. Juni 2016 wurde ihr die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und eine Kopie der Beschwerdeantwort zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 12).

Auf die Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten der Z. ___ vom 8. Januar 2015 basiert auf den von der IV-Stelle zur Verfügung gestellten Unterlagen (Urk. 8/60/2 und 8/60/12-35) sowie den fachärztlichen internistischen, neurologischen, und psychiatrischen Untersuchungen der Beschwerdeführerin. Es berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden angemessen und beantwortet die gestellten Fragen umfassend. Die gutachterlichen Ausführungen sind schlüssig und nachvollziehbar begründet. Es erfüllt sämtliche von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. auch BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a). Die Parteien haben unter diesen Umständen zu Recht nicht in Frage gestellt, dass auf das Gutachten abgestellt werden kann (vgl. Urk. 1, 2 und 7).

E. 4.2

Mit dem polydisziplinären Gutachten der Z. ___ vom 8. Januar 2015 ist ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin seit dem Ablauf der einjährigen Wartezeit am 31. Januar 2013

aufgrund ihrer neurologischen Einschränkungen (z.T. körperlich) derart beeinträchtigt ist, dass ihr lediglich eine Arbeitstätigkeit von vier Stunden täglich, verteilt auf den ganzen Tag, in einer leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit, allenfalls im Home-Office-Bereich, zumutbar ist (Urk. 8/60/40 und 8/60/41).

Darüber hinaus ist belegt, dass die Beschwerdeführerin bei der fachärztlichen gutachterlichen Untersuchung am 15. September 2014 aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig war (Urk. 8/60/40-41 und 8/60/70). 5.

5.1

Die Beschwerdegegnerin vertrat die Ansicht, die Beschwerdeführerin habe ihr Auskünfte nicht erteilt, welche sie zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe benötige. Namentlich habe die Beschwerdeführerin sie trotz mehrfacher Aufforderung nicht über die Resultate der Blutuntersuchungen, der Behandlung der Hand und der MRI-Untersuchung informiert (Urk. 2 S. 2). 5.2

Es trifft zu, dass die Beschwerdeführerin bereits am 16. Juli 2015 (Urk. 8/72), insbesondere aber in ihrem Einwandschreiben vom 23. August 2015 (Urk. 8/76 und 8/77), diverse – angeblich von Dr. D.____ empfohlene – Untersuchungen thematisierte. Die Untersuchung des Herzens hatte bereits am 8. Juni 2015 stattgefunden und den Angaben der Beschwerdeführerin zufolge keine auffälligen Befunde ergeben (Urk. 8/76/1). Die Blutuntersuchung sollte offenbar lediglich dazu dienen, die schon gutachterlich festgestellte Prothrombin-Mutation zu bestätigen (Urk. 8/76/1). Inwiefern das geplante weitere MRI bezüglich des bereits bekannten Schwindels relevante Erkenntnisse bringen sollte, wurde weder von einer der Parteien dargelegt noch ist dies sonst ersichtlich. Alle diese Abklärungen zielten den Schilderungen der Beschwerdeführerin zufolge einzig darauf ab, die Ursache der erlittenen Schlaganfälle zu eruieren bzw. einen weiteren Schlaganfall zu verhindern (Urk. 8/76/2). Für die Beurteilung des Leistungsbegehrens sind sie ohne Relevanz. Dasselbe gilt auch bezüglich eines Berichts über die ins Auge gefasste Botoxbehandlung der linken Hand bzw. des linken Armes, mit der eine Linderung der Spastik angestrebt werden sollte (Urk. 8/76/1). Er vermöchte lediglich Auskunft darüber zu geben, ob eine ungewisse zukünftige Verbesserung (infolge einer Behandlung) eingetreten ist. Einer entsprechenden positiven Veränderung des Gesundheitszustands, für welche die Beschwerdeführerin meldepflichtig ist, wäre im Rahmen einer Revision im Sinne von Art. 17 ATSG Rechnung zu tragen. 5.3

Der Vorwurf, die Beschwerdeführerin habe der Beschwerdegegnerin notwendige Auskünfte nicht erteilt, erweist sich somit als unberechtigt. Unter diesen Umständen kann offen bleiben, ob die Behauptung des Vertreters der Beschwerdeführerin zutrifft, er habe die diesbezüglichen Aufforderungsschreiben der Beschwerdegegnerin vom 15. Oktober und 22. Dezember 2015 nicht erhalten (Urk. 1 S. 3). Es steht fest, dass eine Leistungsverweigerung gestützt auf Art. 7b Abs. 2 lit. d IVG nicht zulässig ist. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Es bleibt zu prüfen, ob der Beschwerdeführerin eine Verletzung ihrer Schadenminderungsspflicht zur Last zu legen ist, weil sie sich nicht wie mit Einschreiben vom 27. Januar 2015 gefordert einer stationären und medikamentösen psychiatrischen Behandlung unterzogen hat.

E. 6.2

Vorab ist zu bemerken, dass die Beschwerdegegnerin das Mahn- und Bedenkzeitverfahren korrekt eingehalten hat (Urk. 8/61; vgl. auch Urk. 8/63, 8/64, 8/69 und 8/71). In der Beschwerdeschrift wurde denn auch lediglich geltend gemacht, die Behandler Dr. D.____ und Dr. C.____ hätten sich gegen eine stationäre und zum Teil auch gegen eine medikamentöse psychiatrische Behandlung ausgesprochen (Urk. 1 S. 2).

Die Gutachterin Dr. med. G.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erachtete aufgrund der am 15. September 2014 vorgelegenen schwergradigen depressiven Episode die Indikation für einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Institution mit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, inklusive einer antidepressiven Pharmakotherapie, und eine nachfolgende ambulante Anschlussbehandlung aus psychiatrischer Sicht klar als gegeben (Urk. 8/60/41). Dr. G.____ legte auch schlüssig und nachvollziehbar dar, es sei bei geeigneter Behandlung grundsätzlich von einer guten Prognose auszugehen, da die Versicherte erstmalig an einer depressiven Episode leide, keine schwere psychische Komorbidität aufweise und sich bisher keiner medikamentösen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ihrer Depression unterzogen habe (Urk. 8/60/72; vgl. auch Urk. 8/60/66). In der Konsensbeurteilung wurden die von Dr. G.____ vorgeschlagenen Massnahmen von den Mitbegutachtern der anderen Fachgebiete unterstützt (vgl. Urk. 8/60/41). Bei dieser medizinischen Ausgangslage war es korrekt, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine entsprechende Schadenminderungsspflicht auferlegte, zumal keine Zweifel an deren Verhältnismässigkeit und Zumutbarkeit bestanden.

Dr. C.____, der die Beschwerdeführerin erst seit dem 21. Februar 2015 ambulant psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelte, wandte mit den Schreiben vom 30. April 2015 lediglich ein, es liege eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.11) vor, weshalb er eine klinische oder tagesklinische Behandlung nicht als indiziert erachte (Urk. 8/87 und 8/68).

Mit seiner anderslautenden Einschätzung, welche sich auf einen deutlich späteren Zeitpunkt bezieht, vermag Dr. C.____ weder die gutachterliche Beurteilung durch Dr. G.____ noch die Anordnung der Beschwerdegegnerin vom 27. Januar 2015 in Frage zu stellen. Dies muss umso mehr gelten, als Dr. C.____ vom (unveränderten) Bestehen einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen schien, die anfänglich auf 80 % reduziert werden könnte (Urk. 8/68), was sich mit der diagnostizierten (bloss) mittelgradigen depressiven Episode nicht in Einklang bringen lässt.

Der Neurologe Dr. D.____ nahm am 1. Juli 2015 schriftlich zur angeordneten stationären und medikamentösen psychiatrischen Behandlung Stellung (Urk. 8/82). Demnach habe sich die Versicherte trotz intensiver ambulanter Physiotherapie nicht vollständig von der Akzentuierung der vorbestehenden Hemisymptomatik erholt. Einerseits bestünden häufige Kopfschmerzen. Andererseits sei nun die Gehfähigkeit eingeschränkt, mit erheblicher Angst („Phobie“) vor Treppen, Rolltreppen und Stufen. Letztlich sei auch die Feinmotorik der linken Hand erheblich eingeschränkt (Urk. 8/82/2). Es bestehe weiteres Rehabilita

tionspotential. In erster Linie sollten die Sturzneigung und die phobisch anmutende Angst vor Treppen gebessert werden. In dieser Situation sei ohne Zweifel eine teilweise stationäre und teilweise ambulante Fortsetzung der Neurorehabilitation indiziert. Die neuropsychologischen Defizite und die effektive Sturzgefahr seien die Ursache der phobisch anmutenden Angst vor Treppen. Sie sei nur im Rahmen einer physiotherapeutisch angeleiteten Expositionstherapie nachhaltig zu bessern. Eine psychiatrische Hospitalisation sei nicht indiziert. Eine medikamentöse psychiatrische Behandlung sei nicht hilfreich und verschärfe die neuropsychologischen Ausfälle und die Gangunsicherheit (Urk. 8/82/2).

Aus den Ausführungen Dr. D. ___ geht eindrücklich hervor, dass ihm die gutachterlich gestellte Diagnose einer schwergradigen depressiven Episode, das heisst der Grund für die angeordnete stationäre und medikamentöse psychiatrische Behandlung, nicht bekannt sein gewesen kann. Er nimmt keinerlei Bezug auf die hier interessierende Thematik, sondern beschränkt sich auf Darlegungen zu einer offenbar vorhandenen phobisch anmutenden Angst der Beschwerdeführerin vor Treppen, Rolltreppen und Stufen. Der Bericht Dr. D. ___ erweist sich damit ebenfalls als unbehelflich.

Die Beschwerdeführerin kann aus den angeführten ärztlichen Stellungnahmen folglich nichts zu ihren Gunsten ableiten. Da sie sich unbestritten der angeordneten stationären psychiatrischen Behandlung nicht unterzogen hat, ist ihr eine Schadenminderungspflichtverletzung vorzuwerfen.

E. 6.3

Bei der Festlegung der Rechtsfolgen einer Mitwirkungs- oder Schadenminderungspflichtverletzung ist das Verhältnismässigkeitsprinzip zu beachten (BGE 125 V 237 E. 6b mit Hinweisen; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 9C_370/2013 vom 22. November 2013 E. 3 mit Hinweis). Die Kürzung bzw. Verweigerung von Leistungen kann sich deshalb nur auf diejenigen Leistungen beziehen, die – bei korrekter Mitwirkung bzw. Schadenminderung – nicht zu erbringen gewesen wären (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage 2015, N 140 zu Art. 21).

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die am 27. Januar 2015 angeordnete stationäre und medikamentöse psychiatrische Behandlung auf die seit Ablauf der einjährigen Wartezeit am 31. Januar 2013 bestehenden neurologischen und körperlichen Einschränkungen keinerlei Einfluss haben kann. Die festgestellte Schadenminderungspflichtverletzung kann folglich nicht zu einer Kürzung oder gar Verweigerung der in dieser Hinsicht zur Diskussion stehenden Leistungsansprüche führen. Dementsprechend hätte die Beschwerdegegnerin berücksichtigen müssen, dass der Beschwerdeführerin wegen ihrer neurologischen und körperlichen Einschränkungen lediglich noch eine Arbeitstätigkeit von vier Stunden täglich, verteilt auf den ganzen Tag, in einer leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit, allenfalls im Home Office-Bereich, zumutbar ist (Urk. 8/60/40 und 8/60/41). Mittels eines Einkommensvergleichs wäre zu ermitteln gewesen, ob die Beschwerdeführerin ab Januar 2013 über einen Rentenanspruch verfügt. Dies wird nachzuholen sein.

Ab dem 15. September 2014 bestand darüber hinaus wegen des diagnostizierten psychischen Leidens aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/60/40-41 und 8/60/70). Dieser gesundheitlichen Verschlechterung ist insofern Rechnung zu tragen, als offenbar auch die psychiatrische Gutachterin Dr. G. ___ davon ausging, eine Besserung der Arbeitsfähigkeit trete selbst bei korrekter Durchführung der

gebotenen (stationären und medikamentösen) psychiatrischen Behandlung erst nach einigen Monaten ein (vgl. Urk. 8/60/41 und 8/60/72). Mit den Berichten von Dr. C.____ (Urk. 8/67 und 8/69) liegen indessen zumindest Anhaltspunkte dafür vor, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bereits zu einem deutlich früheren Zeitpunkt gebessert haben könnte. Es erscheinen daher weitere medizinische Abklärungen diesbezüglich als angezeigt.

E. 6.4

Aus dem Gesagten folgt, dass diverse Weiterungen erforderlich sind. Insbesondere ist auch der medizinische Sachverhalt insofern weiter abzuklären, als die Entwicklung des psychischen Gesundheitszustands und die damit einhergehende Änderung der Arbeitsfähigkeit (in angestammter und angepasster Tätigkeit) nach der Begutachtung durch Dr. G.____ bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 14. März 2016 zu prüfen ist. Da die erforderlichen Weiterungen einen bisher gänzlich ungeklärten Sachverhalt betreffen, wird die Beschwerdegegnerin sie vorzunehmen haben (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Der angefochtene Entscheid ist somit aufzuheben und die Sache ist zur Durchführung der notwendigen Abklärungen und zu neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (§ 26 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer). In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 7. 7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- festzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 mit Hinweisen). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Gemäss § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Dem Ausgang des Beschwerdeverfahrens entsprechend hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung, wobei unter Berücksichtigung der erwähnten Kriterien ein Betrag von Fr. 900.-- (inklusive Barauslagen und 8 % Mehrwertsteuer) als angemessen erscheint. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 14. März 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 Grünig Gohl Zschokke

E. 8

ATSG) zu verhindern (Abs. 1). Die versicherte Person muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich (Aufgabenbereich) dienen, aktiv teilnehmen. Dies sind insbesondere: a.

Massnahmen der Frühintervention (Art. 7d); b .

Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Art. 14a); c.

Massnahmen beruflicher Art (Art. 15–18 und 18b); d.

medizinische Behandlungen nach Artikel 25 KVG; e.

Massnahmen zur Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger nach Art. 8a Abs. 2.

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