

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00615 vom 12. September 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00615](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00615)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00615 du 12 septembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00615 del 12 settembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch (wie auch Drogensucht) begründen nach ständiger Rechtsprechung keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Viel mehr wird eine solche Sucht invalidenversicherungsrechtlich erst bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, welchem Krankheitswert zukommt (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c; AHI 2002 S. 30, I 454/99 E. 2a). Dabei ist das ganze für die Sucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist. Was die krankheitsbedingten Ursachen der Sucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Geschehen eine ausreichend schwere und seiner Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zu mindest eine erhebliche Teilursache der Sucht darstellt. Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt. Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Sucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_906/2013 vom 23. Mai 2014 E. 2.2 und 9C\_701/2012 vom 10. April 2013 E. 2 mit Hinweis sowie 9C\_706/2012 vom 1. Juli 2013 E. 3.2 mit Hinweis auf I 169/06 vom 8. August 2006 E. 2.2).

### **E. 1.2**

Die versicherte Person muss gemäss Art.

### **E. 1.3**

Als zumutbar gilt gemäss Art. 7a IVG jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind.

### **E. 1.4**

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).

Gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG können einer versicherten Person die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden, wenn sie sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben entzieht oder widersetzt, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder wenn sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- und Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar.

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.

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 29. Mai 2017 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 20. Dezember 2016 (Urk. 2/1), welche die IV-Stelle dem Rechtsvertreter der Versicherten erst am 26. April 2017 zugestellt hatte (Urk. 2/2). Die Versicherte beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und zum Neuentscheid an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1 oben). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 4. Juli 2017 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 18. Juli 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die angefochtene Verfügung vom 20. Dezember 2016 (Urk. 2/1) wurde dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin erst mit Schreiben der Beschwerde gegen sie vom 26. April 2017 (Urk. 2/2) zugestellt. Die Beschwerde vom 29. Mai 2017 (Urk. 1) erfolgte somit rechtzeitig innert der Rechtsmittelfrist von 30 Tagen (Art. 60 Abs. 1 ATSG).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdegegnerin wies das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin mit der Begründung ab, am 17. August 2016 sei ihr der Entzug von Benzodiazepinen im Sinne einer Schadenminderungspflicht auferlegt worden (Urk. 2/1 S. 1). Die Beschwerdeführerin habe sich geweigert, den Entzug durchzuführen, und eine anschliessende Abstinenz einzuhalten, so dass aufgrund der Akten entschieden werde (Urk. 2/1 S. 2).

Ergänzend stellte die Beschwerdegegnerin in der Vernehmlassung vom 4. Juli 2017 fest, selbst wenn die Abhängigkeitsproblematik hinsichtlich Benzodiazepinen ausser Acht gelassen werde, sei ein Anspruch auf eine Rente zu verneinen. Dass es sich bei den psychiatrischen Diagnosen um einen invalidisierenden Gesundheitsschaden handle, sei nicht rechtsgenügend erstellt. Die Beschwerdeführerin pflege durchaus ein aktives Alltagsleben. Seit Februar 2016 nehme sie weder eine fachpsychiatrische noch eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. Die bestehende psychopharmakologische Behandlung werde durch den Hausarzt gewährleistet (Urk. 6 S. 3 Ziff. 4). Der Leidensdruck der Beschwerdeführerin könne folglich nicht allzu hoch sein. Den Beeinträchtigungen komme daher auch ohne die Abhängigkeit von Benzodiazepinen kein invalidisierender Charakter zu (Urk. 6 S. 3 Ziff. 4 unten).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdeführerin machte geltend, aus medizinischer Sicht sei ein sofortiger Benzodiazepine-Entzug absolut kontraindiziert. Der Konsum sei bereits wesentlich reduziert worden und sei ohnehin nicht als Grund für die Invalidisierung zu betrachten. Der psychische Gesundheitszustand könne durch einen weiteren Entzug nicht verbessert werden. Ihr Zustand würde sich durch einen totalen Entzug sogar noch verschlimmern (Urk. 1 S. 4 Ziff. 6).

#### **E. 2.4**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Mitwirkungspflicht verletzt hat, indem sie nicht bereit war, sich einem Benzodiazepin-Entzug mit anschließender Haaranalyse zu unterziehen, und ob die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin daher zu Recht abgewiesen hat. 3. 3.1

Die Beschwerdeführerin meldete sich am 3. Januar 2014 neu bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (Urk. 7/78). 3.2

Seit dem 29. November 2013 ist sie in der Praxis von Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in delegierter psychotherapeutischer Behandlung (Urk. 7/83 S. 2 Ziff. 1.2, S. 3 Ziff. 1.5 Mitte).

Dr. Y.\_\_\_\_ nannte im Bericht vom 14. Januar 2014 (Urk. 7/83) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, seit 1993 mehrere depressive Episoden, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0/1) - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - Panikattacken - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - sekundäre Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.21) - Verdacht auf abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7)

Dr. Y.\_\_\_\_ gab zur Anamnese an, im Jahr 1993 sei es zu einer ersten depressiven Erkrankung mit anschließendem Benzodiazepinabusus gekommen. 1999 habe ein Klinikaufenthalt in der Klinik Z.\_\_\_\_ stattgefunden zur Behandlung der Depression und für einen Benzodiazepin-Entzug. Im Jahr 2000 sei ein weiterer Klinikaufenthalt erfolgt. 2003 und im Oktober 2011 sei erneut ein Entzug von Benzodiazepinen erfolgt (S. 3 Ziff. 1.4).

Die bald 58-jährige Patientin sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Sie klagt über ein starkes Morgentief. Sie habe starke Angstzustände, Angst vor dem kommenden Tag und eine starke innere Unruhe sowie Schwindelgefühle, Gleichgewichtsstörungen, Ohnmachtsgefühle etc. Im Gespräch verliere sie oft den Faden. Es bestehe eine starke Abhängigkeit von ihrer Tochter und ihrem Vater. Ihr Aktionsradius sei sehr eng. Sie sei vor allem auf das Überleben in ihrer vertrauten Umgebung konzentriert. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Jede Anforderung werde für sie zu einer Unternehmung, die von starker Angst begleitet sei. Unter Stress und Belastung komme sie in panikartige Zustände.

Die Patientin habe seit 30 Jahren nicht mehr gearbeitet. Unter keinen Umständen könne mit einer Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit gerechnet werden (S. 3 Ziff. 1.4). Die therapeutischen Gespräche fänden in wöchentlichen Abständen statt (S. 3 Ziff. 1.5). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als hauswirtschaftliche Betriebsleiterin bestehe seit 30 Jahren eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 3 Ziff. 1.6). 3.3

Dr. Y.\_\_\_\_ stellte in einem nicht datierten Bericht (Urk. 7/100) neu die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), und einer abhängigen Persönlichkeitsstörung bei im Übrigen unveränderten Diagnosen

(Ziff. 1.1). Dr. Y.\_\_\_\_ führte zur Anamnese aus, trotz intensiver psychotherapeutischer Behandlung habe sich der psychische Zustand der Patientin seit März 2014 stark verschlechtert. Ihr Vater sei im März 2014 plötzlich an einem Hirnschlag verstorben. Dies sei für die Patientin ein schwerer Schlag gewesen, von dem sie sich bis heute nicht habe erholen können. Ihr Vater sei ihre engste Bezugsperson gewesen. Nach dessen Tod sei es zu einem massiven Zusammenbruch mit Angst- und Panikzuständen sowie stark de pressi ven Zuständen gekommen, die bis heute anhalten würden. Die Beschwer de führerin bleibe tagelang im Bett liegen, gehe nicht mehr aus dem Haus und finde sich ausserhalb ihrer engeren Umgebung nicht mehr zurecht (S. 2 Ziff. 1.4 oben).

Aufgrund der Beschwerden sei eine Arbeitsaufnahme weiterhin nicht möglich, auch nicht in einem strukturierten Rahmen. Es handle sich um einen schwer chronifizierten Zustand (S. 2 Ziff. 1.4). 3.4

Dr. Y.\_\_\_\_ nannte in einem Verlaufsbericht vom 18. Februar 2016 (Urk. 7/120) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - rezidivierende depressive Störung, mehrere depressive Episoden seit 1993, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - sehr häufige Panikattacken - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.21) - abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7)

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verschlechtert (Ziff. 1.1).

Als Befund bestünden ein Stimmungstief, Gedankenkreisen, Grübeln, eine Moti va tions- und Antriebslosigkeit, eine starke innere Unruhe, Hoffnungslosigkeit, soziale Isolation, eine starke Verlangsamung des Denkens und Konzentra tions schwierigkeiten. Jede Aktivität ermüde die Beschwerdeführerin sofort und werd e zu einem grossen Unternehmen. Sodann bestünden eine Verzweiflung, Perspek tivlosigkeit und existenzielle Ängste. Sie sei oft nicht mehr in der Lage, ihren Haushalt zu bewältigen und Einkäufe zu tätigen (Ziff. 1.3). Der Beschwerde füh rerin sei keine Tätigkeit möglich (Ziff. 2.1). Die Behandlung finde in einem Rhythmus von zirka zwei bis drei Wochen statt (Ziff. 3.1). 3.5

Med. pract. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regio nal ärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), gab in einer Stellungnahme vom 18. Juli 2016 (Urk. 7/136 S. 4 f.) zum Bericht von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 18. Februar 2016 an, die Beschreibungen des Psychiaters ähnelten dem Bericht aus dem Jahr 2014, nur habe damals eine schwergradige Depression bestanden. Es liege nahe, den aktuellen Gesundheitszustand und das aktuelle Funktionsbild der Beschwerdeführerin mit dem Zustand gemäss dem Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 6. August 2009 (vgl. Urk. 7/45) zu vergleichen. Der Befund im Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ gleiche dem etwas summarischen Befund im Bericht von Dr. Y.\_\_\_\_. Eine wesentliche Änderung sei nicht zu erkennen. Befunde wie eine Antriebslosigkeit, eine starke Verlangsamung des Denkens, Konzentrations schwierigkeiten, Ermüdung und Gleichgewichtsstörungen würden als typische Sedativwirkung erscheinen. Unter einer derartigen Sedierung könne eine De pression nicht diagnostiziert werden.

Im psychiatrischen Überblick sei keine wesentliche und anhaltende Verschlech terung des Gesundheitszustandes zu erkennen. Die im Jahr 2014 als schwergrad bezeichnete Depression (Tod des Vaters) habe sich wie erwartet wieder gebessert und werde nun als mittelgradig bezeichnet. Eine Behandlungsfrequenz mit ein em Abstand von zwei bis drei Wochen lasse nicht auf einen hohen Leidensdruck schliessen. 3.6

Med. pract. A. \_\_\_ gab in einer weiteren Stellungnahme vom 11. August 2016 (Urk. 7/136 S. 5 unten) an, angesichts der Unklarheiten seien tiefere Abklärungen erforderlich, um die heutige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin festzustellen. Es sei kaum möglich, eine depressive Störung zu diagnostizieren, solange sie in ihrer Benzodiazepin-Abhängigkeit verharre. Viele depressive Symptome ähnelten den sedierenden Wirkungen von Benzodiazepinen. Die Beschwerdeführerin habe bereits im Juli 2000 einen Entzug in der Klinik Z. \_\_\_ unternommen. Ein Entzug sei daher zumutbar. Zur Klärung des Gesundheitszustandes solle sie eine mindestens sechsmonatige Sedativa-Abstinenz nachweisen per Haaranalyse. 3.7

Dr. med. C. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in einem Schreiben an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 26. August 2016 (Urk. 7/128/1-2) aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe zwar eine gewisse Benzodiazepin-Abhängigkeit. Diese beeinträchtige ihre aktuelle Arbeitsfähigkeit aber in keiner Weise. Die entsprechenden Medikamente seien ursprünglich mit Erfolg zur Behandlung der vorbestehenden schweren, generalisierten Angststörung eingesetzt worden. Daraus habe sich leider eine Abhängigkeit entwickelt. Die verminderte Arbeitsfähigkeit beruhe jedoch auf der besagten Angststörung sowie auf wiederholten depressiven Störungen.

Durch einen Benzodiazepin-Entzug könne der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht verbessert werden. Vielmehr sei zu befürchten, dass sich die Situation dadurch ganz wesentlich verschlechtern werde, leide die Beschwerdeführerin momentan doch sehr stark unter Angstzuständen aufgrund ihrer aktuellen sehr angespannten finanziellen Lage (Ziff. 1-2).

In den letzten Monaten sei der Benzodiazepine-Konsum wesentlich reduziert worden. Dies könne durch den verminderten Bezug der Medikamentenpackungen eindeutig belegt werden. Dr. C. \_\_\_ arbeite mit der Beschwerdeführerin intensiv daran, dass weitere Reduktionen vorgenommen werden könnten. Ein positiver Entscheid bezüglich einer Rente der Invalidenversicherung könne sehr viel dazu beitragen. Momentan nehme die Beschwerdeführerin  $\frac{1}{4}$  Xanax 0.5 mg und  $1\frac{1}{4}$  Temesta Expidet 1mg ein. Dabei handle es sich um sehr geringe Dosierungen. Die beiden Medikamente seien für die Beschwerdeführerin momentan aus psychologischen Gründen aber sehr wichtig (Ziff. 3). 3.8

D. \_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, und Dr. Y. \_\_\_ führten in einem Schreiben vom 28. August 2016 (Urk. 7/129) an den Rechtsvertreter aus, die Beschwerdeführerin sei momentan nicht mehr bei ihnen in psychiatrischer Behandlung. Auch zuvor habe sie nur wenige unregelmässige Termine gehabt. Bei der Einnahme von Benzodiazepinen handle es sich nicht um eine selbständige Erkrankung, sondern lediglich um eine Folge der rezidivierenden depressiven Störung, einer generalisierten Angststörung sowie einer Persönlichkeitsstörung. Der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin könne durch einen weiteren Entzug nicht verbessert werden. Ihr Zustand könne sich durch einen totalen Entzug sogar verschlechtern. Ihre Ängste würden sich noch verstärken (Ziff. 1-2). Die aktuelle Dosierung sei niedrig (Temesta 1mg am Morgen, später  $\frac{1}{4}$  Xanax 0.5 mg, später nochmals  $\frac{1}{4}$  Xanax 0.5 mg). Eine Haaranalyse nach sechs Monaten sei unsinnig, da es bei der Beschwerdeführerin keinesfalls mehr um die Erlangung einer Arbeitsfähigkeit gehe (Ziff. 3-4).

4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin holte nach der Rückweisung der Sache an sie gemäss Urteil des hiesigen Gerichts vom 5. August 2014 (Urk. 7/94 S. 7 Dispositiv Ziff. 1) medizinische Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 7/100, Urk. 7/120) und einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 7/97) ein und unterbreitete die medizinischen Akten ihrem RAD zur Stellungnahme (E. 3.5 und 3.6 hiervor). Eine psychiatrische Begutachtung hat bislang nicht stattgefunden.

Die Beschwerdegegnerin folgte ihrem RAD und auferlegte der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 17. August 2016 als Schadenminderungspflicht, dass sie sich einem Benzodiazepin-Entzug zu unterziehen habe. Weiter wurde der Beschwerdeführerin mitgeteilt, dass sechs Monate nach einem erfolgreichen Entzug eine Haaranalyse durchzuführen sei. Während dieser Zeit werde keine Entscheidung über einen allfälligen Rentenanspruch gefällt (Urk. 7/123 S. 1).

Die Beschwerdeführerin wandte sich am 18. August 2016 gegen das Vorgehen der Beschwerdegegnerin und den ihr auferlegten Entzug. Insbesondere wies sie darauf hin, dass nach mehr als zwei Jahren seit der Rückweisung der Sache keine konkreten Schritte zur Prüfung des Rentenanspruches ersichtlich seien (Urk. 7/124 S. 1).

Mit Schreiben vom 10. Oktober 2016 forderte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin erneut auf, sich einem Benzodiazepin-Entzug zu unterziehen (Urk. 7/134). 4.2

Die Auflage, sich einem Benzodiazepin-Entzug zu unterziehen, geht auf die Stellungnahme von med. pract. A.\_\_\_\_ vom 11. August 2016 zurück. Dieser stellte darauf ab, dass für die Diagnostizierung einer Depression ein Benzodiazepin-Entzug erforderlich sei, da viele depressionsartige Symptome der sedierenden Wirkung von Benzodiazepinen ähnlich seien (E. 3.6 hiervor).

Es ist jedoch zu bezweifeln, dass der Beschwerdeführerin ein Benzodiazepin-Entzug zugemutet werden kann. Dr. Y.\_\_\_\_ und die Psychotherapeutin D.\_\_\_\_ wiesen im Schreiben vom 28. August 2016 zunächst daraufhin, dass es sich aktuell nur um eine niedrige Dosierung von Benzodiazepinen handelt. Dies zeigt sich anhand der Laborkontrolle (Urk. 7/128/3). Weiter ist nach Einschätzung der behandelnden Ärzte zu befürchten, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bei einem Entzug verschlechtern wird (E. 3.8). Der Hausarzt teilte die Befürchtung einer zu erwartenden gesundheitlichen Verschlechterung und wies auf momentan erhebliche Angstzustände der Beschwerdeführerin hin (E. 3.7 hiervor). Die von ärztlicher Seite geäusserte Befürchtung, dass ein Medikamentenentzug mutmasslich eine gesundheitliche Verschlechterung zur Folge haben wird, ist nicht von der Hand zu weisen, zumal nach den Berichten von Dr. Y.\_\_\_\_ nebst einer Depression und einer Benzodiazepin-Abhängigkeit weitere teils erhebliche Diagnosen wie eine generalisierte Angststörung mit häufigen Panikattacken, eine Somatisierungsstörung und eine abhängige Persönlichkeitsstörung bestehen (E. 3.2-3.4 hiervor). Soweit die Beschwerdegegnerin in der Vernehmlassung vom 4. Juli 2017 geltend machte, ein invalidisierender Gesundheitsschaden sei ohnehin nicht ausgewiesen (Urk. 6 S. 3 Ziff. 4), kann ihr nicht gefolgt werden, da eine rechtsgenügende medizinische Beurteilung bislang ausblieb. 4.3

Nachdem nach Einschätzung der behandelnden Ärzte bei einem Benzodiazepin-Entzug mit einer Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustandes zu rechnen ist, erweist sich der auferlegte Medikamentenentzug als nicht zumutbar.

Eine Verletzung der Mitwirkungspflicht der Beschwerdeführerin ist daher zu verneinen.

In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 20. Dezember 2016 aufzuheben und die Sache zur umgehenden ergänzenden Abklärung des medizinischen Sachverhaltes an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Anschliessend hat die Beschwerdegegnerin über einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu verfügen. 5. 5.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 700.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person 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).

Die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin ist mit Fr. 2'200.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu entschädigen. 5.3

Bei diesem Ausgang des Verfahrens erweisen sich die Gesuche um unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 20. Dezember 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe - 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 Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber MosimannBrugger

#### **E. 7**

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung ( IVG ) alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit ( Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität ( Art.

#### **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

Einglie

derung ( 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 Rentenbezügern nach Art. 8a Abs. 2.

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