

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00717 vom 9. September 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-09-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00717](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00717)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00717 du 9 septembre 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00717 del 9 settembre 2011

## Erwägungen

### E. 1

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. 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden konnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

1.3 Alkoholismus (wie auch Drogensucht und Medikamentenabhängigkeit) begründet für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird er invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn er eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 2). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen,

was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist (Urteile des Bundesgerichts I 758/01 vom 5. November 2002 E. 3.2, und I 390/01 vom 19. Juni 2002 E. 2b). Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkoholsucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Alkoholismus eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt (Urteil des Bundesgerichts I 192/02 vom 23. Oktober 2002 E. 1.2.2 mit Hinweis); es genügt nicht, wenn es sich nur um eine ganz untergeordnete Teilursache handelt (nicht veröffentlichtes Urteil des Bundesgerichts I 130/93 vom 29. August 1994). Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt (BGE 99 V 28 f. E. 2; Urteil des Bundesgerichts I 940/05 vom 10. März 2006 E. 2.2; erwähntes Urteil I 758/01 E. 3.1). Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen. Um diese Frage beantworten zu können, sind Verwaltung und Gericht auf möglichst detaillierte medizinische Aufklärung über die Verhältnisse zur Zeit der Entstehung der Alkoholsucht auf der einen und der allfälligen psychiatrischen Komorbidität auf der anderen Seite sowie über den allfälligen ursächlichen Zusammenhang zwischen den beiden Aspekten angewiesen (vgl. zur Bedeutung medizinischer Aufklärung zur Bestimmung der Invalidität BGE 115 V 133 E. 2; BGE 124 V 265 E. 3c mit Hinweis, 99 V 28 E. 2; SVR 2001 IV Nr. 3 S. 7 E. 2b; AHI 2002 S. 30 E. 2a, 2001 S. 228 f. E. 2b mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts I 169/06 vom 8. August 2006 E. 2.2 und 4.2 mit Hinweisen und des Bundesgerichts 8C\_672/2010 vom 27. September 2010 E. 2).

1.4 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 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der

Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

## E. 2

2.1 Die IV-Stelle führte im angefochtenen Entscheid aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem Eintritt in die Klinik A. am 26. Juli 2008 in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt gewesen. Vom 5. Januar bis zum 20. März 2009 habe eine stationäre Behandlung in der Klinik B. stattgefunden, weshalb eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in diesem Zeitraum ausgewiesen gewesen sei. Die IV-Stelle hielt sodann gestützt auf die eingeholten medizinischen Berichte dafür, dass ab 4. April 2009 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestanden habe und dass der Versicherten spätestens ab 1. Juni 2009 diese Tätigkeit wieder mit einem vollen Pensum zumutbar gewesen sei. Da sie somit vor Ablauf des Wartjahres wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erlangt habe, sei kein Rentenanspruch entstanden. Ausserdem seien auch keine beruflichen Massnahmen angezeigt. Schliesslich wurde zu den im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwänden ausgeführt, der Entscheid beruhe auf den vorhandenen medizinischen Unterlagen der behandelnden Fachärzte beziehungsweise von spezialisierten Kliniken, in welchen die Versicherte hospitalisiert gewesen sei. Auf die davon abweichende Beurteilung des Hausarztes, wonach eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliege, könne bei dieser Sachlage mangels Nachvollziehbarkeit nicht abgestellt werden (Urk. 2).

2.2 Demgegenüber wird mit der Beschwerde geltend gemacht, ein schlüssiges Abklärungsergebnis könne den eingeholten medizinischen Berichten nicht entnommen werden. Die IV-Stelle habe daher ihre Abklärungspflicht verletzt. Ausserdem sei die Beschwerdeführerin seit Ende 2009 in ambulanter psychiatrischer Behandlung, was nicht berücksichtigt worden sei (Urk. 1 und 10).

## E. 3.1

3.1.1 Dr. med. C., Facharzt FMH Allgemeine Medizin, führte in seinem Bericht vom 30. April 2009 (recte: 19. Mai 2009) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

Chronischer Alkoholabusus ED 1991 und rezidivierende Depressionen ED 1997

Status nach Drogen- und Medikamentenabusus (Cannabis, Benzodiazepine)

Bulimia nervosa 2003

Mamma Ca rechts

- Status nach Mastektomie und axillärer Lymphadektomie rechts 3/2003

- Lymphoedem des rechten Armes

- Status nach Chemotherapie und Radiotherapie 2003

- Tamoxifen seit 2003 - 2008

Leichtgradige sensorineurale Schwerhörigkeit beidseits

-Ä Ä Ä HäufigerÄt seit 2005

Nebendiagnosen:

Bronchektasen

-Ä Ä Ä Status nach Mittellappen- und apikaler Unterlappenresektion rechts 1978

Chronisch obstruktive Lungenkrankheit

-Ä Ä Ä Nikotinabusus (7 pack years)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Hausarzt hielt fest, dass seit 1991 ein chronischer Alkoholabusus mit intermittierender Einnahme von Antabus bestehe. Es hätten wiederholte AbstÄrze und psychiatrische Hospitalisationen stattgefunden. Im Jahr 2007 habe sich die Patientin wÄhrend drei Wochen im Psychiatricentrum D.\_\_\_\_ aufgehalten, im Jahr 2008 wÄhrend fÄnf Wochen in der Klinik A.\_\_\_\_, wÄhrend vier Wochen in der Klinik B.\_\_\_\_, wÄhrend weiteren drei Tagen wiederum in der Klinik A.\_\_\_\_ und wÄhrend zwÄlf Wochen im Psychiatricentrum D.\_\_\_\_ sowie im Jahr 2009 schliesslich wÄhrend elf Wochen wieder in der Klinik B.\_\_\_\_. Bis zum Eintritt in die Klinik A.\_\_\_\_ am 26. Juli 2008 sei sie voll arbeitsfÄhig gewesen. Die Patientin gebe belastungsabhÄngige Schmerzen und eine SchwÄche im rechten Arm an, weswegen sie nach 30 Minuten Arbeit am PC eine Erholungspause von 30 Minuten benÄtige. Zum erhobenen Befund gab Dr. C.\_\_\_\_ an, er habe eine gedrÄckte Stimmung festgestellt, die Patientin weine wÄhrend der Besprechung und es wÄrden zeitweise aggressive Reaktionen auf Fragen erfolgen. Die Patientin trage einen Oberarmstrumpf rechts, der Oberarmumfang rechts betrage 31 cm, derjenige links ebenfalls 31 cm, der Unterarmumfang rechts betrage 24 cm, derjenige links 21 cm. Zur ArbeitsfÄhigkeit fÄhrte der Hausarzt aus, dass ab dem 26. Juli 2008 bis heute eine ArbeitsfÄhigkeit (recte: ArbeitsunfÄhigkeit) von 100 % bestehe. DiesbezÄglich finde in RÄcksprache mit allen behandelnden Ärzten und der betreuenden Sozialberaterin eine monatliche Reevaluation statt. Die Patientin sehe die Armbeschwerden als Hauptursache ihrer EinschrÄnkung der ArbeitsfÄhigkeit, wÄhrend die behandelnden Ärzte die psychischen Probleme als limitierend erachteten. Eine ArbeitsfÄhigkeit von 50 % sei bei Stabilisierung der psychischen Situation auf lÄngere Sicht realistisch (Urk. 8/25 S. 1-4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 5. Oktober 2009 fÄhrte Dr. C.\_\_\_\_ aus, in seinem Bericht vom 30. April 2009 (recte: 19. Mai 2009) habe sich ein Fehler eingeschlichen; seit dem 26. Juli 2008 bestehe nicht eine vollstÄndige ArbeitsfÄhigkeit, sondern eine 100%ige ArbeitsunfÄhigkeit (Urk. 8/37).

3.1.2Ä Ä Im Bericht des Psychiatricentrums D.\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2007 Äber den stationÄren Aufenthalt der BeschwerdefÄhrerin vom 9. bis 29. Oktober 2007 wurden als psychiatrische Diagnosen ein AlkoholabhÄngigkeitssyndrom, gegenwÄrtig abstinent in beschÄtzender Umgebung (ICD-10: F10.21), sowie ein depressives Syndrom aufgefÄhrt. Zur Alkoholanamnese wurde festgehalten, die AbhÄngigkeit habe vor ungefÄhr 16 Jahren begonnen; zwischendurch hätten immer wieder langjÄhrige abstinente Phasen bestanden. Nach der Brustoperation im 2003 habe die Patientin wieder regelmÄssig Alkohol konsumiert, dann sei sie ab 2004 bis vor ungefÄhr zwei Wochen mit Antabus abstinent geblieben. Vor zwei Wochen sei ein RÄckfall aufgetreten mit sofortigem tÄglichem Konsum von ungefÄhr einer Flasche Wein pro Tag und mit morgendlichen Entzugssymptomen wie Zittern, etc. Weiter wurde ausgefÄhrt, die



F17.1). Sie hielten sodann fest, dass die Patientin vom 8. September bis 10. Oktober 2008 und vom 5. Januar bis 20. März 2009 stationär behandelt worden sei. Weiter wurde ausgeführt, es werde ein problematischer Alkoholkonsum seit der Scheidung im Jahr 2001 angegeben, am ehesten Intoxikationstrinken. Antabus sei erstmals Anfang 2007 vom Hausarzt abgegeben worden. Ebenfalls 2007 sei ein dreiwöchiger Aufenthalt in der Entzugs- und Motivationsstation des Psychiazentrums D.\_\_\_\_ erfolgt, im Juli 2008 habe eine Hospitalisation in der Klinik A.\_\_\_\_ stattgefunden. Eine ambulante Behandlung werde im Spital G.\_\_\_\_ durchgeführt. Die Patientin habe sich während der stationären Behandlung meist hoch motiviert gezeigt. Es habe jedoch immer wieder Situationen gegeben, in welchen ihre Problemlösungskompetenz nicht ausgereicht habe; während der ersten Hospitalisation habe sie teilweise an den Wochenenden Alkohol konsumiert. Auch während der zweiten Hospitalisation seien drei Konsumereignisse aufgefallen. Diese seien jeweils im Zusammenhang mit stark negativen oder positiv gefärbten Gefühlszuständen gestanden. Die heftigen Affekte würden mit traumatischen Erlebnissen in der Kindheit korrespondieren, mit massiven Zukunftsängsten, welche sich in der Gegenwart durch das Eingehen von schwierigen Beziehungen und auf körperlicher Ebene mit der Krebserkrankung fest machen liessen. Für die Patientin seien nach ihren eigenen Angaben die immer wieder auftretenden starken Gefühle von Einsamkeit und Verlorensein bestimmend, welche vor allem nachts auftreten würden und die sie mit Alkoholkonsum zu bewältigen versuche. Sie fühle sich leicht kränkbar, auch diesbezüglich habe der Alkoholkonsum einen kompensatorischen Effekt. Insgesamt habe sie sich durch die Therapie aber gut stabilisiert, insbesondere sei ihr dies im Rahmen der zweiten stationären Behandlung gelungen, indem sie an Selbstvertrauen habe gewinnen und sich aktiv ins Gruppengeschehen habe einbringen können. Sie habe eine frühere Phase mit Essstörung erfolgreich hinter sich gebracht, abzuwarten bleibe, ob bei einer längeren Alkoholabstinenz die Essstörung wieder in den Vordergrund trete. Die Patientin werde sich psychotherapeutisch nachbehandeln lassen, was die Prognose zusätzlich verbessere. Die antidepressive Therapie mit Efexor (150 mg morgens) sollte noch weiter fortgesetzt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Klinikärzte fest, bei Austritt am 27. März 2009 sei die Patientin noch bis zum 3. April 2009 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden, danach würden sie von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgehen. Aus psychiatrischer Sicht sollte wenige Wochen nach Klinikaustritt eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sein. Eine Tätigkeit als kaufmännische Angestellte sei der Patientin zumutbar; aus psychiatrischer Sicht würden sie von einer 80-100%igen Belastbarkeit sowohl für den zeitlichen Rahmen als auch für die tatsächliche Leistungsfähigkeit ausgehen. Die Einschränkung von anfänglich 20 % in den Bereichen Konzentrations- und Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit könne aus psychiatrischer Sicht nach einigen Wochen aufgehoben werden. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund anderer Erkrankungen (Zustand nach Krebsoperation) könne durch sie nicht beurteilt werden (Urk. 8/27).

3.1.6Ä Ä Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberärztin an der Klinik für Gynäkologie des Spitals Y.\_\_\_\_, diagnostizierte ein Mammakarzinom rechts, einen Status nach Mastektomie und axillärer Lymphonodektomie rechts 3/03, einen Status nach adjuvanter Chemotherapie vom 31. März bis 23. Juli 2003, einen Status nach Radiotherapie 8/03 und 9/03, einen Status nach endokriner Therapie mit Tamoxifen von 9/03 bis 8/08 sowie mit Zoladex

zusätzlich von 9/03 bis 9/05, einen Status nach Wiederaufbau der rechten Brust 12/04, ein rezidivierendes Lymphoedem Arm rechts, einen Status nach Lungenteilresektion bei Bronchiektasien als Kind, eine Depression sowie einen Aethylabusus. Dr. H.\_\_\_\_ führte weiter aus, es bestehe ein rezidivierendes Lymphoedem des rechten Armes, weshalb regelmässige Lymphdrainagen sowie das Tragen eines Kompressionsstrumpfes notwendig seien. Ansonsten sei die Patientin grösstenteils beschwerdefrei. Über fünf Jahre nach der Diagnosestellung würde es klinisch und anamnestisch keine Hinweise auf ein Tumorrezidiv oder eine Fernmetastasierung geben. Allerdings bestehe dieses Risiko weiterhin. Beim Lymphoedem handle es sich um ein chronisches Lymphoedem; bei regelmässigem Gebrauch des Armes sei mit einer erneuten Verschlechterung zu rechnen. Aufgrund dessen sei die Patientin im Gebrauch des rechten Armes eingeschränkt; eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % sei daher gerechtfertigt (Bericht vom 27. September 2009, Urk. 8/30).

3.1.7.1 Die im Spital G.\_\_\_\_ tätige Psychologin F.\_\_\_\_ verwies die IV-Stelle am 13. August 2009 an den Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_, durch welchen die Versicherte an sie überwiesen worden sei (Urk. 8/34).

### E. 3.2

3.2.1.1 Aus somatischer Sicht wurde von der behandelnden Fachärztin eine 30%ige Einschränkung in der angestammten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte aufgrund des Lymphoedems des rechten Armes attestiert (vgl. oben E. 3.1.5). Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Verwaltung hätte diesbezüglich die Beurteilung eines Facharztes für Venenkrankheiten beiziehen müssen (Urk. 1 S. 3), ist ihr nicht zu folgen. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass sie nicht in Behandlung bei einem Facharzt für Venenkrankheiten steht. Die Fachärztin, welche die Beschwerdeführerin bei der Krebsbehandlung begleitete und sie auch bezüglich der Lymphprobleme behandelte, hielt es sodann offensichtlich nicht für notwendig, einen solchen für die Beurteilung und Behandlung beizuziehen. Da Probleme des Lymphsystems nach einem Mammakarzinom nicht ungewöhnlich sind, ist sie allerdings durchaus in der Lage, zu beurteilen, in welchen Fällen ein Facharzt einer weiteren Disziplin zu konsultieren ist. Bei dieser Sachlage durfte die Verwaltung aber darauf verzichten, eine Untersuchung bei einem Facharzt für Venenkrankheiten zu veranlassen.

3.2.2.1 Nach dem am 27. März 2009 erfolgten Austritt aus der Klinik B.\_\_\_\_ attestierten die dort tätigen Fachärzte der Beschwerdeführerin noch bis am 3. April 2009 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Sie hielten sodann dafür, dass aus psychiatrischer Sicht wenige Wochen nach Klinikaustritt wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sein sollte; sie würden von einer 80-100%igen Belastbarkeit sowohl für den zeitlichen Rahmen als auch für die tatsächliche Leistungsfähigkeit ausgehen. Die Einschränkung von anfänglich 20 % in den Bereichen Konzentrations- und Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit könne nach einigen Wochen aufgehoben werden (vgl. oben E. 3.1.4). Für diese Einschränkung stützten sich die Fachärzte der Klinik B.\_\_\_\_ auf den Verlauf der stationären Behandlung: Wie in ihrem Bericht erwähnt, hat sich die Beschwerdeführerin insbesondere im Verlauf des zweiten stationären Aufenthalts psychisch stabilisiert; bei Klinikaustritt bestand bloss noch eine leichtgradige depressive Stimmung (Urk. 8/27 S. 6-8). Die im August 2008 festgestellte depressive Episode schweren Grades war unter adäquater Behandlung somit bis im März 2009 abgeklungen. Nach Klinikaustritt wurde

die Beschwerdeführerin von ihrem Hausarzt betreut und es fand eine delegierte psychotherapeutische Behandlung statt. Wie sich diese entwickelte, kann den Akten nicht entnommen werden; namentlich geht daraus nicht hervor, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Versicherten entsprechend der Vermutung der Fachärzte der Klinik B. \_\_\_ nachhaltig verbesserte oder ob eine erneute Verschlechterung des psychischen Zustandes erfolgte, so wie dies die Beschwerdeführerin am 3. Dezember 2009 gegenüber der Eingliederungsberatung der IV-Stelle erklärte, indem sie ausführte, nach einem Zusammenbruch nehme sie zwei bis drei Therapietermine pro Woche wahr (Urk. 8/51 S. 2 f.). Da die behandelnde Psychologin die IV-Stelle auf Anfrage hin für die Berichterstattung an den delegierenden Hausarzt verwiesen hat, wäre es naheliegend gewesen, bei diesem einen Verlaufsbericht einzuholen und danach allenfalls weitere Abklärungen vorzunehmen. Indem die IV-Stelle dies unterlassen hat, hat sie ihre Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG verletzt. Die angefochtene Verfügung, welche auf einer lückenhaften medizinischen Aktenlage beruht, ist daher in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Verwaltung zur Vornahme ergänzender Abklärungen zurückzuweisen. Da die Frage des Verlaufs nach dem Austritt aus der Klinik B. \_\_\_ am 27. März 2009 ungeklärt blieb, ist eine Rückweisung der Sache auch unter dem Gesichtspunkt der jüngsten Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteil 9C\_243/2010 vom 28. Juni 2011 E. 4.4.1) zulässig.

#### **E. 4**

4.1 Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und, da die Rückweisung an die Verwaltung nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen gilt (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 199/02 vom 10. Februar 2004 E. 6, mit Hinweis auf BGE 110 V 57 E. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 E. 3), ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

4.2 Die durch einen Rechtsanwalt vertretene Beschwerdeführerin hat sodann ausgangsgemäss gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 1'800.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen.

4.3 Damit erweist sich das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 11. August 2010 um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2 und 4) als gegenstandslos.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 15. Juni 2010 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen verfähre und hernach über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfähre.

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. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Michael Ausfeld

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 10 und 11/2

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

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).

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