

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00837 vom 30. September 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00837

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00837 du 30 septembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00837 del 30 settembre 2010

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).

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 könnte; 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 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

1.2 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).

1.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden

berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 2

2.1 Die medizinische und erwerbliche Situation der Versicherten stellte sich zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 31. Juli 2009 folgendermassen dar: Die Versicherte weilte vom 6. August bis 1. September 2007 zur Rehabilitation in der Klinik A. Dem diesbezüglichen Bericht vom 19. September 2007 ist die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode zu entnehmen (ICD-10 F32.1), die durch starke Stimmungsschwankungen und -einbrüche, ein negativistisches Denken und resignative Tendenzen bezüglich des weiteren Lebens gekennzeichnet sei. Bei etwaigen Spannungssituationen neige die Patientin dazu, vor allem die oberen Extremitäten durch Kratzen von einem angeblichen Juckreiz zu befreien, was als maladaptive Spannungsabfuhr interpretiert werde (Urk. 8/11/12-13). Die Versicherte verlasse die Klinik psychophysisch etwas gestört, aber noch immer in deutlich depressiver Gesamtverfassung. Ab Austritt bestehe bei gutem Verlauf für zwei Wochen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, anschliessend sei das Pensum auf 100 % zu steigern (Urk. 8/11/14).

2.2 Im Fragebogen für Arbeitgebende der IV-Stelle führte das Alters- und Pflegeheim Y. am 30. April 2008 aus, X. habe sehr gerne und gut mit Menschen gearbeitet, habe aber, bedingt durch ihre Krankheit, die notwendige Kraft dazu nicht [mehr] gehabt. Die Beschwerdeführerin arbeite äusserst sorgfältig und pflichtbewusst und habe einen liebevollen Umgang mit allen Menschen um sich herum. Sie habe hohe Erwartungen an sich selbst und leide sehr, wenn sie diese nicht erfüllen könne (Urk. 8/9/6-7).

2.3 Mit Bericht vom 22. Mai 2008 diagnostizierten lic. phil. B. und Dr. med. C., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik D. - wo die Versicherte seit 13. November 2007 in Behandlung steht -, zuhanden der IV-Stelle eine seit 2000 bestehende rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10 F33.11), eine seit 1995 bestehende Panikstörung (ICD-10 F41.0) und eine abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7; Urk. 8/10/7). Es sei für 4 Stunden pro Tag am Nachmittag eine berufliche Umstellung zu präferieren. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit April 2007. Unter therapeutischen Massnahmen (regelmässige Psychotherapie) sei mit der Erhaltung dieser Arbeitsfähigkeit zu rechnen, eine Verbesserung sei in der näheren Zukunft nicht zu erwarten (Urk. 8/10/9-10).

2.4 Der Hausarzt Dr. med. E., Facharzt FMH für Innere Medizin, diagnostizierte am 19. Juni 2008 zuhanden der IV-Stelle eine angstbetonte Depression,

Panikattacken, Cephalaea (Kopfschmerzen), eine Cervicobrachialgie und Rückenschmerzen. Die Patientin sei in ihrer angestammten Tätigkeit als Pflegehilfe ab 14. April 2007 100 % arbeitsunfähig. Sie leide seit Jahren unter angstbetonter Depression, Kopfschmerzen sowie Nacken-Arm-Schmerzen. Die Beschwerden seien nach dem Tod des Sohnes [1999; vgl. Urk. 8/1/2] und der Scheidung vom Ehemann [1994; vgl. Urk. 8/1/1] aufgetreten. Die Versicherte stehe diesbezüglich seit 2001 in ärztlicher Behandlung, die Beschwerden habe sie durch psychotherapeutische, medikamentöse und physikalische Massnahmen kupieren können, so dass sie trotz krankheitsbedingten Absenzen immer wieder habe arbeiten können. Seit Ende 2006, Anfang 2007 hätten die Beschwerden so stark zugenommen, dass sich die Versicherte ausser Stande gesehen habe, ihre Tätigkeit als Pflegehelferin korrekt auszuführen. Es sei auch immer wieder zu Konfliktsituationen am Arbeitsort gekommen. Ein Aufenthalt in der Klinik A. habe nicht den erhofften Erfolg gebracht. Im Anschluss an diese Rehabilitation habe die Patientin ihre Arbeit am 10. September 2007 zu 50 % aufgenommen, sich aber überfordert gefühlt. Seit 14. September 2007 sei sie wiederum zu 100 % krankgeschrieben (Urk. 8/11/7). Bisher seien Antidepressiva, nicht steroidale Antirheumatika und Analgetika verabreicht und psycho- sowie physikalisch-therapeutische Massnahmen versucht worden. In Anbetracht des bisherigen Verlaufs sei die Prognose nicht gut, möglicherweise könne die Arbeitsfähigkeit in der Zukunft auf etwa 40 % gesteigert werden (Urk. 8/11/8).

2.5 Am 12. September 2008 hielt der Leiter Pflege des Alters- und Pflegeheims Y. zuhanden von Dr. E. fest, X. habe am 1., 6. und 7. September 2008 je 4.2 Stunden gearbeitet. Aufgrund des Krankheitsbildes (Juckreiz, Weinen, Müdigkeit, Kopfschmerz) sei ein voller sicherer Arbeitseinsatz nicht möglich gewesen. Am 12. September 2008 habe er den Arbeitsversuch zur Sicherheit der Versicherten und der dieser anvertrauten Bewohnerinnen und Bewohner abgebrochen (Urk. 8/32/1).

2.6 Der Hausarzt Dr. E. führte am 3. Oktober 2008 zuhanden der Krankentaggeldversicherung - unter Nennung derselben Diagnosen wie am 19. Juni 2008, zusätzlich Schlafstörungen - aus, seit dem letzten Bericht vom 7. März 2008 habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten leider nicht wesentlich gebessert. Sie sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Mit einer Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer anderen Tätigkeit sei seines Erachtens in der baldigen Zukunft nicht zu rechnen (Urk. 8/32/2).

2.7 Lic. phil. B. und Dr. C., Klinik D., hielten am 23. Oktober 2008 zuhanden der Krankentaggeldversicherung fest, der Zustand der Patientin sei heute im Vergleich zum 22. Mai 2008 verschlechtert. Der durch den Tod des Sohnes provozierte Zusammenbruch des Lebensentwurfes und Verlust der sozialen Rolle habe bis jetzt nicht integriert werden können, so dass die Ausrichtung auf persönliche Ziele und Pläne misslinge. Weitere Risikofaktoren wie geringe persönliche Ressourcen, Lebensalter, Lebensumstände sowie maladaptive Bewältigungsstrategien würden zu einem Aufschaukelungsprozess beitragen. Die tiefen Kontrollüberzeugungen und assoziierten Verknüpfungen mit weiteren emotionalen Themen bewirke eine Verkoppelung der Trauer als Basisemotion. Dadurch werde die Trauer immer wieder, sogar durch trauerfremde Situationen, neu aktiviert und verselbständigt (Urk. 8/32/3).

2.8 Im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens des Z. wurde die Versicherte am 26. Januar 2009 psychiatrisch und am 29. Januar 2009 rheumatologisch untersucht (Urk.

8/27). Die verantwortlichen Fachärzte erhoben keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein chronisches myofasciales bzw. tendomyogenes cervicocephales, cervicobrachiales und lumbovertebrales Syndrom (mit/bei Fehllaltung und skoliotischer Fehlstatik, ausgeprägter myostatischer Insuffizienz, initialen degenerativen Veränderungen), eine Panikstörung sowie akzentuierte ängstlich vermeidende und asthenische Persönlichkeitszüge (ICD-10 F61.1; Urk. 8/27/12; Urk. 8/27/20).

Im rheumatologischen Teilgutachten wurde auf eine auffällig ausgeprägte Insuffizienz insbesondere der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur hingewiesen, die mit der erheblichen sternosymphysalen Fehllhaltung und der skoliotischen Fehlstatik zu einer ständigen Fehl- und Überbelastung, besonders des Achsenorgans, führe. Aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht bestehe kein Gesundheitsschaden, der versicherungsmedizinisch betrachtet eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit als Pflegehelferin begründen würde. Auch in einer Verweistätigkeit sei die Versicherte gemäss ihrem allgemeinen Leistungsspektrum aus rein rheumatologischer Sicht uneingeschränkt arbeitsfähig (Urk. 8/27/12-13). Dem psychiatrischen Teilgutachten ist zu entnehmen, dass in Übereinstimmung mit der Klinik D. von einer Panikstörung auszugehen sei, diese jedoch die Arbeitsfähigkeit der Versicherten nur punktuell und nicht dauerhaft beeinträchtigen dürfte. Es fänden sich akzentuierte ängstlich vermeidende und asthenische Persönlichkeitszüge, das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-Klassifikation werde jedoch nicht erreicht. Eine depressive Störung sei aktuell nicht mehr erkennbar, die Grundstimmung der Versicherten sei nicht depressiv, sondern ängstlich getriggt und klagsam, die Schwingungsfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Die Versicherte sei affektiv gut auslenkbar. Ein Verlust der sozialen Integration lasse sich nicht erkennen, die Beschwerdeführerin bekomme regelmässig Besuch von einer Cousine, treffe ab und zu Freundinnen oder eine Nachbarin und reise jedes Jahr (zuletzt im Dezember 2008) mit dem Bus nach Serbien, um ihre Familienangehörigen zu besuchen, was die Schwere der Panikstörung relativiere. Die Beschwerdeschilderungen der Versicherten hätten einen appellativen Charakter, auch falle wiederholt ein demonstrativ anmutendes Stöhnen und Nach Luft schnappen auf. Es sei ein gewisser Leidensdruck spürbar, andererseits lasse sich aber auch eine Tendenz zur Symptomausweitung und Selbstlimitierung erkennen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe ein psychisches Leiden mit einem gewissen Krankheitswert, aber ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/27/20-22).

2.9 Lic. phil. B. und Dr. C., Klinik D., diagnostizierten am 21. August 2009 zuhanden der beschwerdeführerischen Rechtsvertretung, eine verglichen mit dem Bericht vom 22. Mai 2008 unveränderte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig jedoch schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) und eine abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7). Unter dem Titel psychopathologischer Befund wurde unter anderem Folgendes erwähnt: Im Affekt deprimiert, dysphorisch, herabgesetzte Vitalgefühl, häufiges Weinen, fehlende Zukunftsperspektive, panikartige Ängste, innere Unruhe, Schuldgefühl, Selbstwertproblematik, Insuffizienzgefühl, Antriebshemmung, sozialer Rückzug, Schlafstörungen, Juckreiz, kognitive Blockade und reduzierte Affektkontrolle in Stresssituationen. Insgesamt hätten sich die psychischen Probleme der Patientin leider weitgehend chronifiziert. Die regelmässige Psychotherapie habe trotz

optimaler medikamentöser Einstellung und guter Compliance der Patientin keine Remission zu erzeugen vermocht. Vielmehr sei es zur weiteren Exacerbation gekommen. Unter therapeutischen Massnahmen sei eine Beruhigung möglich, eine nachhaltige Verbesserung des psychischen Zustandes bzw. der 50%igen Arbeitsunfähigkeit sei jedoch nicht zu erwarten (Urk. 3/8).

E. 3

3.1 Es ist zwischen den Parteien unbestritten und ergibt sich aus den Akten, dass die Versicherte gesundheitlich, insbesondere psychisch, beeinträchtigt ist. Nicht einig gehen die Parteien in der Frage, ob diese Beschwerden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zeitigen, wobei diese - insbesondere gestützt auf die Berichte der Klinik D. und ihres Hausarztes Dr. E. - der Ansicht ist, dass sie nicht mehr erwerbsfähig sei, während die IV-Stelle gestützt auf das Gutachten des Z. und die Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 30. Juni 2009 (Urk. 8/41/1-3) von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Versicherten in angestammter und angepasster Tätigkeit ausgeht. In diesem Zusammenhang ist vorerst zu prüfen, ob die vorliegenden Akten eine diesbezügliche Beurteilung gestatten.

3.2 Der Arztbericht von lic. phil. B. und Dr. C., Klinik D., vom 21. August 2009 ist erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereicht worden und war der Beschwerdegegnerin bei Erlass der angefochtenen Verfügung nicht bekannt. Da sich die Feststellungen im genannten Schreiben auch auf den Gesundheitszustand der Versicherten vor Erlass der Verfügung vom 31. Juli 2009 beziehen, ist der Bericht indessen grundsätzlich zu beachten. Die IV-Stelle hatte im Rahmen des Beschwerdeverfahrens Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen (vgl. Urk. 3/8; Urk. 5; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. November 2001, I 135/01, Erw. 3a).

3.3 Das Gutachten des Z. vom 25. Februar 2009 ist ausführlich, erwähnt und berücksichtigt namentlich die (in Erw. 2.1 - 2.7 hievore) auszugsweise aufgeführten Vorakten sowie die persönlichen Aussagen der Versicherten (Urk. 8/27/2-7; Urk. 8/27/15-18) und enthält Teilgutachten, die auf Untersuchungen im Bereich der Rheumatologie durch Dr. med. F., Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation (Urk. 8/27/2-14), und der Psychiatrie durch Dr. med. G., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 8/27/15-22), basieren. Dennoch stellt es keine hinreichende medizinische Beurteilungsgrundlage für die Beantwortung der Frage nach dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit April 2007 dar (vgl. oben Erw. 1.3). Nicht hinreichend beantwortet blieb insbesondere die Frage der psychischen Einschränkungen während des massgebenden Zeitraums. Der psychiatrische Gutachter des Z. erwähnte lediglich an, eine depressive Stimmung ist aktuell nicht mehr erkennbar, äussert sich jedoch nicht über Ausprägung, Dauer und Relevanz der namentlich in den Berichten der Klinik A., der Klinik D. (lic. phil. B., Dr. C.) und des Hausarztes Dr. E. beschriebenen depressiven Symptomatik seit April 2007. Ursprünglicher Anstoss für die Einholung des Z.-Gutachtens war die Feststellung Dr. med. H.s, FMH Praktische Ärztin, RAD, vom 16. August 2008, dass das vorliegende psychiatrische Krankheitsbild ab April 2008 bezüglich des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit versicherungsmedizinisch nicht beurteilt werden könne (Feststellungsblatt für den Beschluss vom 17. April 2009; Urk. 8/29/2). Dies ist nach dem Gesagten jedoch auch nach Vorliegen des Z.-Gutachtens nicht möglich, da sich der psychiatrische Gutachter detailliert und nachvollziehbar nur

Über den Gesundheitszustand der Versicherten während seiner Untersuchung vom 26. Januar 2009 äussert und sich nicht mit bezüglich der depressiven Symptomatik allfällig anderslautenden Berichten auseinandersetzt und somit aus dem Gutachten nicht ersichtlich wird, für welchen Zeitraum seine Feststellungen und Schlussfolgerungen Geltung beanspruchen sollen. Nicht nachvollziehbar ist ferner die Feststellung beider Fachgutachter des Z.____, dass die Explorandin aus versicherungsmedizinischer Sicht als Pflegefachfrau nicht eingeschränkt sei. Einerseits ist nicht klar, was die Ärzte unter dem Begriff versicherungsmedizinisch verstehen respektive welche Aspekte sich dahinter verstecken, andererseits ist es nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin mit ihren psychischen Problemen, die auch Dr. G.____ zufolge einen gewissen Krankheitswert haben, die Tätigkeit als Pflegehelferin, bei der sie ständig in direktem Kontakt zu hilfsbedürftigen Menschen steht und für diese verantwortlich ist, uneingeschränkt ausüben können. So fehlte ihr denn gemäss Arbeitgeberin auch genau hierzu die mentale Kraft. Und die behandelnden psychiatrischen/psychologischen Fachpersonen der Klinik D.____ erachten aus medizinischer Sicht eine Umschulung als notwendig. Vorliegend nicht entscheidend, jedoch zu erwähen ist, dass das Z.____-Gutachten nicht als bidisziplinäres Gutachten im eigentlichen Sinn gelten kann, haben die beiden Teilgutachter doch je ein separates Gutachten erstellt und keine Beratung abgehalten.

Am eingeschränkten Beweiswert des Z.____-Gutachtens vermag nichts zu ändern, dass die hinsichtlich der sich vorliegend stellenden Fragen fachfremde Ärztin Dr. H.____ vom RAD die betreffende Expertise in ihren auf den Akten basierenden Stellungnahmen vom 9. März 2009 (Urk. 8/29/3) und vom 30. Juni 2009 (Urk. 8/41) als schlüssig und nachvollziehbar bezeichnet. Denn die RAD-Ärztin äusserte sich ebenfalls nicht zur depressiven Symptomatik und scheint von der falschen Annahme ausgegangen zu sein, dass die Arbeitsversuche im September 2008 wegen subjektiver Beschwerden abgebrochen worden seien (Urk. 8/41/1), was nicht dem Bericht des Leiters Pflege vom 12. September 2008 entspricht, war es doch jener, der den Versuch abgebrochen hatte, was auf eine Objektivierung der Beschwerden schliessen lässt.

3.4 Ebenso wenig kann bei der gegebenen Aktenlage auf eine Arbeitsunfähigkeit in dem von der Beschwerdeführerin behaupteten Umfang und insbesondere auch der behaupteten Dauer (100 % seit April 2007, mit lediglich kurzem Unterbruch im September 2008) geschlossen werden. Es ist namentlich Hausarzt Dr. E.____, der der Beschwerdeführerin die andauernde volle Arbeitsunfähigkeit attestiert hat. Da dieser jedoch keinen Facharztstitel in Psychiatrie besitzt, kann nicht alleine auf seine Berichte abgestellt werden (zum Beweiswert eines ärztlichen Berichts bei fehlender fachspezifischer Qualifikation vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. November 2007, 9C_341/2007, Erw. 4.1 mit Hinweisen). Die übrigen echtzeitlichen Arztberichte attestieren grundsätzlich einheitlich eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit, äussern sich teils jedoch nur zu einem bestimmten Zeitraum und sprechen teils von einer möglichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Es attestierte aber keiner der psychiatrischen Fachärzte der Versicherten längerfristig eine volle Arbeitsunfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit (vgl. Bericht der Klinik A.____ vom 19. September 2007 [2 Wochen 50 %, anschliessend 100 %], Bericht der Klinik D.____ vom 22. Mai 2008 [50 %] und vom 21. August 2009 [50 %; am 23. Oktober hätten die

verantwortlichen Ärzten der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, was jedoch aus den übrigen Akten nicht ersichtlich wird]).

3.5. Enthalten die Akten keine überzeugende Einschätzung des Gesundheitszustandes - insbesondere des psychischen - der Beschwerdeführerin und ihrer Arbeitsfähigkeit (für den gesamten vorliegend relevanten Zeitraum ab 14. April 2007 [allfälliger Rentenbeginn: April 2008] bis 31. Juli 2009), ist die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung und zu anschliessendem Neuentscheid an die Verwaltung zurückzuweisen.

4. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (§ 61 lit. g ATSG, in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 31. Juli 2009 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfährt.

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. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- TCL Treuhand Consulting Liegenschaften AG
- 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).

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