

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00219 vom 22. Dezember 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-12-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00219](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00219)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00219 du 22 décembre 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00219 del 22 dicembre 2010

## Erwägungen

### E. 2

Ä Ä Ä Ä Ä Dagegen liess die Versicherte hierorts mit Eingabe vom 2. März 2009 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit den Rechtsbegehren, es sei die angefochtene Verfǘgung aufzuheben und es sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (1.), eventuell sei der Fall an die Beschwerdegegnerin zurǘckzuweisen und diese zu verpflichten, bei einem "korrekten Begutachtungsinstitut" die Arbeitsfä́higkeit der Beschwerdefǘhrerin festzustellen und danach zu entscheiden (2.). Mit Vernehmlassung vom 7. April 2009 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (Urk. 11). In der Folge liess die Versicherte verschiedene Berichte behandelnder Ä́rzte, namentlich des Zentrums A. \_\_\_\_ vom 26. März 2009 (Urk. 15), der Klinik B. \_\_\_\_ vom 8. Ä́ und 19. Mai 2009 und vom 21. Juli 2009 (Urk. 19, Urk. 23 und Urk. 27), des behandelnden Psychiaters vom 21. Juni 2009 (Urk. 25) sowie von Dr. med. C. \_\_\_\_, Spezialarzt fǘr Chirurgie, Wirbelsä́ulenleiden, Schleudertrauma und orthopä́dische Traumatologie, vom 29. Mai 2010 (Urk. 31), zu den Akten reichen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die Vorbringen der Parteien ist, soweit fǘr den Entscheid wesentlich, in den nachfolgenden Erwä́gungen einzugehen.

Das Gericht zieht in Erwä́gung:

#### 1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

1.1 Ä Ä Ä Ä Ä Invaliditä́t ist die voraussichtlich bleibende oder lā́ngere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfä́higkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes ǘber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invaliditä́t kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes ǘber die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfä́higkeit ist der durch Beeinträ́chtigung der kṓrperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmṓglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Fǘr die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfä́higkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträ́chtigung zu berǘcksichtigen. Eine Erwerbsunfä́higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht ǘberwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2 Ä Ä Ä Ä Ä Beeinträ́chtigungen der psychischen Gesundheit kṓnnen in gleicher Weise wie kṓrperliche Gesundheitsschä́den eine Invaliditä́t im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen



Aufgabenbereich zu qualifizieren sei, gemäss dem polydisziplinären Gutachten des Z.\_\_\_\_ für angepasste Tätigkeiten voll arbeitsfähig sei. Im Haushalt bestehe eine Einschränkung von höchstens 20 %. Insgesamt errechne sich damit ein Invaliditätsgrad vom 8 %, womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (Urk. 2).

2.2 Die Beschwerdeführerin lässt dagegen im Wesentlichen geltend machen, dass auf das Gutachten des Z.\_\_\_\_ nicht abzustellen sei. Dieses trage den gesundheitlichen Beschwerden der Versicherten nicht hinreichend Rechnung, namentlich blieben zwei Unfälle in den Jahren 2003 und 2006, welche die Versicherte erlitten habe und welche Ursache namentlich der psychischen Beschwerden der Versicherten seien, im Gutachten völlig unberücksichtigt (Urk. 1).

3. Streitig und zu prägen ist der Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente. Ausser Frage steht dabei, dass die Versicherte im hypothetischen Gesundheitsfall zu 75 % im erwerblichen und zu 25 % im Haushaltbereich tätig wäre und die Invalidität folglich nach der gemischten Methode zu bemessen ist. Uneins sind sich die Parteien hingegen vor allem in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten im erwerblichen Bereich.

#### E. 4

4.1 Im Bericht des Spitals D.\_\_\_\_, Orthopädie, vom 6. März 2007, diagnostizierten die verantwortlichen Ärzte zuhanden der IV-Stelle einen Status nach Karpaltunnelsplattung Hand links und Infiltration Epicondylus radialis humeri rechts mit 40g Kenacort 31.1.2006 mit/bei Karpaltunnelsyndrom Hand links, Epicondylitis humeri radialis rechts, Karpaltunnelsyndrom Hand rechts sowie diffusen Schmerzen in Schultern und Oberarmen beidseits. Sie führten im Wesentlichen aus, vier Monate postoperativ hätten bezüglich des Karpaltunnelsyndroms links und Schmerzen im Bereich des epicondylus humeri radialis rechts keine Beschwerden mehr bestanden. Es persistierten die vorbestehenden beidseitigen Schulter- und Oberarmschmerzen sowie linksseitige Ellbogenschmerzen sowie Restbeschwerden im Bereich des Kleinballenfingers links. Die Versicherte wünschte bezüglich rechtsseitigem Karpaltunnelsyndrom zum jetzigen Zeitpunkt keine Operation. Angaben zur Arbeitsfähigkeit machten die D.\_\_\_\_-Ärzte nicht (Urk. 12/10).

4.2 Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin FMH und Hausärztin der Versicherten, erhob in ihrem Bericht vom 21. Mai 2007 zuhanden der IV-Stelle mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf Polymyalgie, eine Coxarthrose rechts, ein subacromiales Impingementsyndrom an der linken Schulter sowie eine Depression; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bleibe die diagnostizierte Hypertonie. Dr. E.\_\_\_\_ führte im Wesentlichen aus, die Versicherte klage über zunehmende Schmerzen in der linken Schulter, der rechten Hüfte und in allen Muskeln. Als erhobene (objektive) Befunde gab sie an, die Biceps seien leicht verdickt, es bestehe eine eingeschränkte Globalbeweglichkeit der linken Schulter sowie eine starke Druckdolenz über dem linken AC-Gelenk links. Sie bezeichnete den Zustand als sich verschlechternd und gab an, seit dem 1. März 2006 bestehe in der bisher ausgeübten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit; die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei "nach Besserung zu bestimmen" (Urk. 12/14).

4.3 Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie seit dem 18. März 2006 behandelnder Psychiater der Versicherten, diagnostizierte in

seinem Bericht vom 20. September 2007 zuhanden der IV-Stelle mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine nichtorganische Insomnie sowie eine mittelgradig depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F51.0, F32.11), im Übrigen (hinsichtlich der somatischen Diagnosen) verwies er auf die Angaben der behandelnden Hausärztin. Er gab im Wesentlichen an, die Versicherte klagt über Schmerzen, gestörten Schlaf, rasches Ermüden, Konzentrationsschwierigkeiten, Sorgen, Angst und Freudlosigkeit. Neben der Insomnie und der depressiven Stimmungslage erhob er in objektiver Hinsicht eine psychomotorische Verlangsamung, eine Selbstwertproblematik, Gedankenkreisen, ein grosses Mitteilungsbedürfnis sowie Ratlosigkeit. Dr. F. \_\_\_ bezeichnete den Gesundheitszustand der Versicherten als stationär bis sich verschlechternd und gab an, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungskraft bestehe gemäss Angaben der zuweisenden Hausärztin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Weitere Angaben machte Dr. F. \_\_\_ nicht (Urk. 12/19).

4.4. Am 16. Juni 2008 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle durch das Z. \_\_\_ polydisziplinär (internistisch/allgemeinmedizinisch, psychiatrisch und rheumatologisch) untersucht. Im Gutachten vom 11. August 2008 erhoben die verantwortlichen Fachärzte (Dr. med. G. \_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin sowie Dr. med. H. \_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) folgende Diagnosen

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Chronisches Zervikalsyndrom mit Zervikozephalgien und Zervikobrachialgien beidseits linksbetont (ICD-10 M53.1)

- Dysbalancen der Schultermuskulatur

- radiologisch Spondylosis deformans C5-C7

- klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik

2. Chronisches thorakolumbospondylogenes Syndrom beidseits (ICD-10 M54.5)

- myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskulo-ligamentären Überlastungsreaktionen

- radiologisch altersentsprechender Befund

- klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Insomnie, nicht organische (ICD-10 F.51.0)

2. Täglicher Gebrauch von Tranquilizern (ICD-10 F13.1)

3. Leichter depressive Reaktion bei sozialer Konfliktsituation (ICD-10 F.43.21)

4. Metabolisches Syndrom

- Adipositas (BMI 35 kg/m<sup>2</sup>) (ICD-10 E66.0)

- Diabetes mellitus Typ II ohne Komplikationen (ICD-E11.9)

- medikamentös behandelt

- arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)

-Ä Dyslipidämie (ICD-10 E78.2)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrer Gesamtbeurteilung fÄ¼hrten die fÄ¼r das Gutachten verantwortlich zeichnenden FachÄrzte im Wesentlichen aus, anÄsslich der Untersuchungen habe die Versicherte Ä¼ber Schmerzen im Schulter-Nackengebiet linksbetont mit Ausstrahlung in den Kopf und Kopfschmerzen sowie Ausstrahlungen in beide Arme sowie Schmerzen im lumbalen Bereich mit Ausstrahlung in beide Beine geklagt. An objektivierbaren medizinischen Befunden fÄ¼nden sich deutliche degenerative VerÄnderungen im Bereich der unteren HWS, im Sinne einer Spondylosis deformans C5-C7, sowie eine Ä¼bergewichtsbedingte myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskulo-ligamentÄren Ä¼berlastungsreaktionen. Allerdings kÄ¼nne mit diesen Befunden nicht das ganze Ausmass der von der Versicherten geklagten Beschwerden erklÄrt werden. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei eine nicht organische Insomnie, ein tÄglicher Gebrauch von Tranquilizern sowie eine lÄngere depressive Reaktion bei sozialer Konfliktsituation festgestellt worden, die eine wesentliche Ursache in der schwierigen Beziehung zu ihrem Ehemann habe. Da keine wesentlichen Psychopathologica nachweisbar seien, bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und LeistungsfÄhigkeit. Die geklagten Beschwerden seien mit den ausreichend vorhandenen WillenskrÄften zu Ä¼berwinden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, aufgrund der objektivierbaren rheumatologischen Befunde seien der Versicherten schwere und mittelschwere TÄtigkeiten nicht mehr zumutbar. Da die zuletzt ausgeÄbte TÄtigkeit als Reinigungskraft im Grenzbereich der kÄrperlichen Belastbarkeit liege, sei diese der Versicherten lediglich noch in einem 50%igen Pensum zumutbar. FÄ¼r eine kÄrperlich leichte, wechselbelastende TÄtigkeit ohne Ä¼berkopparbeiten sei die Versicherte aus polydisziplinÄrer Sicht jedoch zu 100 % arbeits- und leistungsfÄhig. Im Haushalt ergebe sich bei einer Unzumutbarkeit fÄ¼r schwere und mittelschwere TÄtigkeiten eine Einschränkung von 20 % (Urk. 12/28).

4.5Ä Ä Ä Ä In einem von der BeschwerdefÄ¼hrerin nachgereichten Bericht des A.\_\_\_\_ vom 26. MÄrz 2009 erhoben med. pract. I.\_\_\_\_, FachÄrztin FMH fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, sowie der klinische Psychologe und Supervisor Dr. phil. klin. psych. J.\_\_\_\_ aufgrund von zwei VorgesprÄchen (vom 22. Januar 2009 sowie vom 25. MÄrz 2009) folgende (eigene) Diagnosen: Mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1), SomatisierungsstÄrung (F45.0) sowie posttraumatische BelastungsstÄrung (F43.1); im Ä¼brigen verwiesen sie auf durch andere Ärzte gestellte somatische Diagnosen. Sie fÄ¼hrten im Wesentlichen aus, anÄsslich der VorgesprÄche habe man der Versicherten das ambulante Therapiekonzept des Hauses fÄ¼r Depression und SchmerzstÄrung erlÄutert. Ziel sei die Reduktion der Schmerzen, der Traumatisierung und der Depression. Wegen dem sich deutlich verschlechternden StÄrungsbild in den letzten Wochen sei eine stationÄre Behandlung indiziert. Am 25. MÄrz 2009 sei die Versicherte in die Klinik B.\_\_\_\_ Ä¼berwiesen worden (Urk. 15).

4.6Ä Ä Ä Ä Die Versicherte wurde vom 27. MÄrz bis zum 8. Mai 2009 in der Klinik B.\_\_\_\_ stationÄr behandelt. Im dem an den behandelnden Psychiater Dr. F.\_\_\_\_ gerichteten (ausfÄ¼hrlichen) Austrittsbericht vom 21. Juli 2009 erhoben die verantwortlich zeichnenden Ärzte folgende psychiatrische Diagnosen: Rezidivierende depressive StÄrung, gegenwÄrtig mittelgradig depressive Episode (F33.1), SomatisierungsstÄrung (anamnestisch) sowie eine posttraumatische BelastungsstÄrung (anamnestisch). Angaben

zur Arbeitsfähigkeit machten sie nicht (Urk. 27; so auch vorläufiger Austrittsbericht an den behandelnden Psychiater Dr. F. \_\_\_ vom 8. Mai 2009 [Urk. 19] und Arztbericht an den Rechtsvertreter der Versicherten vom 19. Mai 2009 [Urk. 23]).

4.7. Dr. F. \_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 21. Juni 2009 an den Rechtsvertreter der Versicherten mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig depressive Episode mit somatischen Symptomen in Verbindung mit der Somatisierungsstörung sowie fortdauernder posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F33.11, F45.0, F43.1). Er führte im Wesentlichen aus, aus rein psychiatrischer Sicht liege ein schweres krankheitswertiges Bild vor. Dies werde nicht zuletzt durch die Tatsache belegt, dass sich die Versicherte vor Kurzem in länger dauernder stationärer Behandlung in der Klinik B. \_\_\_ befunden habe. Obschon eine Gesamtbeurteilung aus somatischer und psychiatrischer Sicht der behandelnden Hausärztin obliege, sei festzuhalten, dass aktuell und bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % bestehe (Urk. 25).

#### **E. 4.8**

In dem an den Rechtsvertreter der Versicherten gerichteten Bericht vom 29. Mai 2010 erhob Dr. med. C. \_\_\_ folgende Diagnosen: Cerviko-cephales Syndrom mit Begleitschwindel und Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS, Cerviko-Thorakovertebrales bis spondylogenes Schmerzsyndrom, subacromiales Impingement-Syndrom Schulter links, Verdacht auf Polymyalgie, Metabolisches Syndrom (Adipositas, Diabetes Mellitus Typ II, Hypertonie, Hypercholesterinämie), Verdacht auf Hypothyreose, Posttraumatische Belastungsstörung, Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung und depressive Entwicklung. Die Kopf- und Nackenschmerzen sowie neuropsychologische Störungen, wie erhöhte Ermüdbarkeit, Vergesslichkeit, Konzentrationsschwäche, verminderte Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, Schwindel und die genannten Schmerzsyndrome würden seit einem Autounfall im Jahr 2003 bestehen. Ein im Jahr 2006 erlittener Autounfall habe eine posttraumatische Belastungsstörung mit Hyperarousal, Flashback und Vermeidungsverhalten ausgelöst. In der Folge sei es zu einer depressiven Entwicklung gekommen, und es bestehe der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. Aufgrund der komplexen Symptomatik mit vor allem belastungsabhängigen Beschwerden sei die Patientin in der angestammten Tätigkeit zur Zeit und bis auf weiteres 100%ig arbeitsunfähig. Zumutbar seien körperlich leichte Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen. Um die prozentuale Arbeitsfähigkeit ermitteln zu können, müsste bei der Versicherten ein funktioneller Leistungstest durchgeführt werden (Urk. 31).

#### **E. 5**

5.1. In somatischer Hinsicht gelangte die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Gutachten des Z. \_\_\_ zum Schluss, die angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft sei der Versicherten aufgrund der rheumatologischen Problematik nurmehr noch im Umfang von 50 % zumutbar, während in einer leidensangepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. In internistisch-rheumatologischer Hinsicht beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen (einschliesslich durchgeführtem Labor [S. 7] sowie angefertigten bildgebenden Untersuchungen [S. 12]), berücksichtigt die geklagten

Beschwerden, ist in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein, weshalb es bezüglich der somatischen Beurteilung an sich den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an einen beweiskräftigen ärztlichen Bericht genügt. Allerdings fanden darin zwei Verkehrsunfälle, auf welche die Beschwerdeführerin unter Einreichung von zwei Gerichtsurteilen (Urk. 3/1 - 3/2) verweist, keine Erwähnung. Laut dem Gerichtsurteil vom 30. April 2004 (Urk. 3/1 S. 4) hatte sich die Versicherte anlässlich des Unfalls im Jahr 2003 eine Prellung des Brustkorbes links, eine Abschürfung des linken Knies und eines Zehens zugezogen. Wenn Dr. C. nun davon ausgeht, sie habe zusätzlich ein Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule erlitten und dieses habe zu den Schmerzsyndromen im Wirbelsäulenbereich geführt, so ist darauf hinzuweisen, dass sie immerhin bis im Januar 2006 uneingeschränkt ihrer Erwerbstätigkeit nachgegangen war (vgl. etwa Urk. 12/13). Sodann lassen sich den Berichten der von ihr in der Anmeldung bezeichneten behandelnden Ärzte keinerlei Hinweise darauf entnehmen, dass die Versicherte im hier interessierenden Zeitraum wegen entsprechender Unfallfolgen in Behandlung gestanden oder an solchen gelitten hätte. Damit stimmt denn auch überein, dass die Versicherte in ihrer Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung lediglich auf bestehende krankheits-, nicht aber unfallbedingte Gesundheitsschäden hingewiesen hat. Ohne weitere anamnestiche Hinweise auf ein im Jahr 2003 erlittenes HWS-Beschleunigungstrauma besteht in somatischer Hinsicht daher kein weiterer Abklärungsbedarf. Dies umso weniger, als bezüglich des Unfalls im Jahre 2006 in der Beschwerde und in Dr. C.'s Bericht vor allem psychische Folgen geltend gemacht werden.

5.2 In psychiatrischer Hinsicht wurden im Gutachten des Z. keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Die psychiatrische Beurteilung vermag indes nicht zu überzeugen, weil eine nachvollziehbare Begründung weitgehend fehlt. So hatte die begutachtende Psychiaterin zur Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung einzig festgehalten, dass "Hinweise auf eine somatoforme Schmerzstörung gemäss ICD-10 nicht vorliegen" (Urk. 12/28 S. 9). Laut rheumatologischem Teilgutachten konnte jedoch ein vollständiges morphologisches Korrelat für die geklagten und von der Beschwerdeführerin als invalidisierend empfundenen Beschwerden (im Zervikal- Thorakal- und Lumbalbereich) nicht gefunden werden (Urk. 12/28 S. 13). Auch hatte die begutachtende Psychiaterin in ihrer Beurteilung selber ausgeführt, dass die soziale Situation zur Schmerzmodulation beitragen könne (Urk. 12/28 S. 9). In diesen Angaben können durchaus Hinweise auf Merkmale des erwähnten Beschwerdebildes ersehen werden (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 6. Aufl., F45.4, S. 207), weshalb unter diesen Umständen eine entsprechend Diagnose jedenfalls nicht ohne nähere Begründung ausgeschlossen werden kann. Nicht schlüssig sind die gutachterlichen Ausführungen aber auch insoweit, als in Abweichung von der Einschätzung von Dr. F. eine affektive Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ohne nähere Begründung ausgeschlossen wird. Erläuterungsbedarf hätte um so mehr bestanden, als die Versicherte, wie auch dem Gutachten zu entnehmen ist, regelmässig Antidepressiva einnimmt (Urk. 12/28 S. 7). Aber auch die Einschätzung, wonach die Diagnose einer nicht organischen Insomnie - wiederum entgegen den Angaben von Dr. F. - keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat, wurde nicht begründet und leuchtet nicht



Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

6. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 900.-- (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 29. Januar 2009 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre und hernach über den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente neu verfähre.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 19, Urk. 23, Urk. 25, Urk. 27, Urk. 31

- 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.