

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00096 vom 28. Juni 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-06-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00096

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00096 du 28 juin 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00096 del 28 giugno 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. A., geboren 1951, arbeitete seit September 2000 in einem Teilpensum als Verkäuferin bei der B. (Urk. 7/6), als sie sich am 12. Mai 2003 unter Hinweis auf Depressionen, Rückenschmerzen und Neuralgien bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet hatte (Urk. 7/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, erkundigte sich hierauf bei der Arbeitgeberin nach dem Arbeitsverhältnis der Versicherten (Arbeitgeberbericht vom 19. September 2003, Urk. 7/6) und holte den Arztbericht von Dr. med. C., Innere Medizin FMH, vom 20. Oktober 2003 (Urk. 7/9) ein. Mit Verfügung vom 22. Januar 2004 verneinte die IV-Stelle den Anspruch auf Leistungen der Eidg. Invalidenversicherung (Urk. 7/14). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

1.2. Am 10. April 2008 meldete sich A. erneut bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/19). Die IV-Stelle forderte die Versicherte darauf hin mit Schreiben vom 15. April 2008 auf, mit geeigneten Beweismitteln glaubhaft zu machen, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse wesentlich verändert hätten (Urk. 7/22). Nachdem A. auf dieses Schreiben nicht reagiert hatte, stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 2. Juni 2008 ein Nichteintreten auf das neue Leistungsbegehren in Aussicht (Urk. 7/23). Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 2. Juli 2008 Einwände (Urk. 7/24), worauf die IV-Stelle den Arbeitgeberbericht der D. vom 22. Juli 2008 (Urk. 7/26) sowie den Arztbericht von Dr. C. vom 11. September 2008 (Urk. 7/29/7-9, unter Beilage des Arztberichts von Dr. med. E., Facharzt FMH für Rheumatologie und Rehabilitation, vom 24. Oktober 2005, Urk. 7/29/10-11) und den Arztbericht von Dr. med. F., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. September 2009 (Urk. 7/30) einholte. Mit Vorbescheid vom 5. Januar 2009 stellte sie die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (Urk. 7/33). Auf den Einwand der Versicherten vom 22. Januar 2009 (Urk. 7/35) hin holte die IV-Stelle den Arztbericht von Dr. F. vom 27. März 2009 (Urk. 7/38/1-5, unter Beilage des Berichts von Dr. med. G., Neurologie FMH, vom 25. Februar 2009, Urk. 7/38/8-9) ein und liess die Versicherte von der H. begutachten (Gutachten vom 6. November 2009, Urk. 7/44). Zudem führte sie eine Haushaltsabklärung durch (Abklärungsbericht vom 19. Mai 2009, Urk. 7/45). Mit Verfügung vom 21. Dezember 2009 verneinte die IV-Stelle den Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

2. Gegen diese Verfügung erhob A. mit Eingabe vom 27. Januar 2010 Beschwerde und beantragte die Ausrichtung einer Invalidenrente, eventuell die Rückweisung der Sache zur erneuten Abklärung. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1). In der Beschwerdeantwort vom 1. März

2010, welche A.____ am 3. März 2010 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8), schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6).

3. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Invalidität

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).

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 E. 1.2 mit Hinweisen).

1.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre

2.3.2.1 Dr. F. ___ diagnostizierte im Bericht vom 18. September 2008 (Urk. 7/30) eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) seit 2005 und eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) seit 1990. Die Beschwerdeführerin wirke meistens angespannt, zeige fahrigere Bewegungen, sei unkonzentriert und bemerke sich, sich im Gespräch mitzuteilen. Sie klagt über Vergesslichkeit, was sich im Rahmen des Gesprächs nicht bestärken lasse. Die Orientierung sei in allen Modalitäten vorhanden, im Bewusstsein sei die Beschwerdeführerin klar. Die Stimmung sei depressiv, das Denken von dauerndem Grabein gekennzeichnet und inhaltlich auf die Sorgen und Symptome eingengt. Es gebe keine Anhaltspunkte für Wahnideen, Halluzinationen und Ich-Störungen. Im Laufe der Therapie habe sich eine teilweise Besserung der Schlafstörungen und der innerlichen Unruhe eingestellt. Weiterhin bestanden diffuse Ängste. Die vielen Gedanken hätten nur einen Nenner: Sorgen. Eine erhöhte Schreckhaftigkeit sei im Gespräch sehr gut wahrnehmbar. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Berufstätigkeit von 22,5 Stunden pro Woche.

2.3.3.1 Im Bericht vom 27. März 2009 (Urk. 7/38/1-7) führte Dr. F. ___ die Diagnose rezidivierende depressive Episoden, aktuell von schwerem Ausmass 1990, 2005, 2007, an. Nach dem Tod der wichtigsten Bezugsperson, ihrer älteren Schwester, habe die Beschwerdeführerin zuerst an verschiedenen körperlichen Beschwerden im gastrointestinalen und urogenitalen Bereich mit entsprechender Abklärung und Behandlung gelitten. Ab Dezember 2009 (richtig wohl: 2008) habe die depressive Symptomatik bis zu einem Wert von 35 Punkten auf der Hamilton-Skala im Februar 2009 zugenommen. Auch habe sich eine Zunahme der Beinbeschwerden (Zuckungen), welche eine neurologische Abklärung zur Folge gehabt hätten, eingestellt. Die Beschwerdeführerin sei in der Tätigkeit als Verkäuferin zu 80 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, die Ausübung der Arbeit sei unmöglich, da eine geringe Belastung zur psychischen Dekompensation führe.

2.3.4.1 Dr. G. ___ fand gemäss Bericht vom 25. Februar 2009 (Urk. 7/38/8-9) ein praktisch sicheres Restless legs-Syndrom (RLS). Deanxit könnte einen ganz leicht begünstigenden Faktor darstellen. Klinisch gebe es keine genauen Hinweise für eine triggernde Polyneuropathie. Die ganz leichten Auffälligkeiten im Neurostatus seien am ehesten Folge einer neurovegetativen Dysbalance. Das EEG habe keine Anhaltspunkte für eine Myoklonus-Epilepsie und auch keine Hinweise für eine Enzephalopathie ergeben.

2.3.5.1 Laut Gutachten der H. ___ vom 6. November 2009 (Urk. 7/44 S. 19) liegen bei der Beschwerdeführerin keine Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit vor. Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert nannten die Gutachter:

" Dysthymie

Rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig teilremittiert

Chronische bilaterale Zervikobrachialgien und fibromyalgiformes Syndrom (generalisierte Myalgien und Asthenie)

- umschriebene intermittierende Dorsalgien unklarer Klassifikation

- chronische Lumbalgien bei kurzbogiger linkskonvexer Torsionsskoliose mit Lateralisation von L4

•••• Nikotinabusus (1 Paket Zigaretten pro Tag / ca. 30 py)

•••• Schwere Parodontose

•••• Restless legs (in Sifrol-Therapie)".

•••••••• Bei der Beschwerdeführerin stünden in rheumatologischer Hinsicht chronische beidseitige Zervikobrachialgien sowie ein schultergürtelbetontes fibromyalgiformes Syndrom ganz im Vordergrund. Diese Beschwerden hätten sich vor mehreren Jahren spontan entwickelt und zeigten subjektiv eine Progredienz. Auffällig seien eine Asthenie, gekennzeichnet durch vorzeitige Ermüdung und allgemeine Positionsunabhängigkeit der Beschwerden, die Unmöglichkeit einer Entlastungsstellung, die Dauerschmerzen und die ausserordentliche Variabilität der Schmerzintensität von Tag zu Tag, aber auch durch die Diskrepanz zwischen subjektiven Angaben und objektivierbaren Befunden. Die bisher durchgeführten radiologischen Verlaufskontrollen im Bereich der Lumbalwirbelsäule zeigten ausser einer Fehlform (kurzbogige, linkskonvexe Torsionsskoliose) unauffällige Befunde. Die stellungsunabhängigen Beschwerden im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule und die anhaltenden Ruheschmerzen daselbst könnten mit der vorliegenden Torsionsskoliose mit Lateralisation von L4 nicht hinreichend erklärt werden.

•••••••• Die fassbaren rheumatologischen Befunde berechtigten nicht zu einer beruflichen Dispensierung im bisherigen Beruf als Herrenkleiderverkaufserin oder als Hausfrau.

•••••••• In der psychiatrischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin wenig Emotionen gezeigt, sie habe auch die Belastungen in Kindheit und Jugend teilnahmslos geschildert. Vereinzelt habe sie kurz gelächelt. Sie habe bedächtig gesprochen, habe sich zeitweise spontan und ausführlich und dann wieder kurz geäussert. Sie habe einen weitgehend strukturlosen Alltag mit wenig Ablenkungen geschildert. Finanzielle Gründe seien für die aktuelle Lebensgestaltung verantwortlich gemacht worden. Die Beschwerdeführerin habe auch keine Ziele und Bedürfnisse angeben können, die sie verwirklichen würde, wenn sie mehr Mittel zur Verfügung hätte.

•••••••• Die Beschwerdeführerin habe eindrücklich darauf hingewiesen, wie sehr ihr Leben durch Verlusterlebnisse bestimmt worden sei. Zuerst sei es der Verlust des Vaters, dann der Verlust des gewohnten familiären Umfeldes mit Zerstörung harmonischer Verhältnisse, dann der Verlust des ersten Freundes und späteren Ehemannes, hernach die Scheidung, eine erneut gescheiterte Beziehung, der Tod derjenigen Schwester, die wie eine Mutter für sie gewesen sei, und der Auszug der Söhne. Auch der Verlust des Arbeitsplatzes in der Überforderungssituation sei hier einzureihen.

•••••••• Es sei auffallend, dass die Beschwerdeführerin keine Kraft mehr gefunden habe, neue Kontakte zu knüpfen, und dass sie den Ex-Ehemann zu sich zurückgenommen habe. Ob dafür ein Pflichtbewusstsein entscheidend gewesen sei oder ob sie seinen Versprechungen Glauben geschenkt habe oder sie im Zeitpunkt der Rücknahme emotional immer noch an ihn gebunden gewesen sei, sei unklar. Jedenfalls sei es mit grosser Wahrscheinlichkeit durch diese Zusatzaufgabe zum beruflichen Versagen, zum überstürzten Wegzug der Söhne und zur weitgehenden sozialen Isolation gekommen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch wenn die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung eine Antriebsverminderung und eine allgemeine Lustlosigkeit beschrieben habe, sprechen die Befunde in der Untersuchungssituation dagegen, dass sich dieser Zustand nicht überwinden liesse. Für die aktuelle Situation seien ohne Zweifel soziokulturelle Faktoren wichtig. Die Prägung durch die vielen Verluste, das Gefühl, überfordert und zu kurz gekommen zu sein, sei sicher bedeutungsvoll. Hieraus alleine könne aber kein Invaliditätsbegründendes psychiatrisches Leiden abgeleitet werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sowohl in der Tätigkeit als Herrenmodeverkäuferin als auch als Hausfrau sei die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig. In jeder körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, sofern keine schweren Gewichte (über 10 kg) regelmässig gehoben werden müssten (wegen der kurzbogigen Torsionsskoliose der Lumbalwirbelsäule) und keine Arbeitsvorgänge mit lang anhaltender stark vorgebeugter Körperhaltung anfielen.

E. 3

3.1 Ä Ä Ä Ä Aus den medizinischen Akten geht unzweifelhaft hervor, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht seit der letzten Rentenprüfung nicht wesentlich verändert hat. Die Ärzte sind sich darin einig, dass die fassbaren organischen Befunde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen.

3.2 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Unterschiedlich beurteilt wird von den Ärzten der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Nachdem diese sich im Jahr 2007 erstmals in psychiatrische Behandlung begeben hatte, diagnostizierte Dr. F. ___ im Bericht vom 18. September 2008 (Erw. 2.3.2) eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) und eine Dysthymie (ICD-10: F. 34.1). Laut Bericht vom 27. März 2009 (Erw. 2.3.3) nahm die depressive Symptomatik zu, so dass Dr. F. ___ zu den bereits gestellten Diagnosen rezidivierende depressive Episoden, aktuell von schwerem Ausmass, hinzufügte. Die Arbeitsfähigkeit erachtete sie seit August 2007 als zu 50 % und ab Dezember 2008 als zu 80 % eingeschränkt. Die H. ___-Gutachter (Erw. 2.3.5) dagegen diagnostizierten eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) und rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig teilremittiert (ICD-10: F33.8), die sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Seit dem IV-Entscheid von Januar 2004 habe sich keine relevante Veränderung ergeben (Urk. 9/44/33).

E. 3.3

3.3.1 Ä Ä Gemäss hohem Richterlicher Rechtsprechung muss eine psychische Störung nicht ohne Weiteres eine (invalidisierende) Arbeitsunfähigkeit bewirken. Dies gilt insbesondere dann, wenn einzig eine definitionsgemäss leichtgradige Beeinträchtigung diagnostiziert wird. Nach der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung ist eine Dysthymie eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (Ziff. F34.1). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat denn auch verschiedentlich angenommen, eine Dysthymie sei den jeweiligen Umständen nach nicht invalidisierend (Urteile I 938/05 vom 24. August 2006, E.4.1 und E.5; I 834/04 vom 19. April 2006, E. 4.1; 488/04 vom 31. Januar 2006, E. 3.3). Diese Schlussfolgerung, die sich auf medizinische Empirie abstützt (vgl. die Hinweise in den soeben zitierten

Urteilen) und damit eine Rechtsfrage darstellt, ist freilich nicht absolut zu setzen; eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftritt (Urteil I 653/04 vom 19. April 2006, E.3). Findet sich im Psychostatus indes nur eine Dysthymie, so kann das wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich.

3.3.2.2 Die H.____-Gutachter führten neben den rezidivierenden depressiven Störungen, gegenwärtig teilremittiert, und der Dysthymie keine weiteren psychiatrischen Diagnosen auf, während die behandelnde Psychiaterin Dr. F.____ in ihren Berichten Erw. 2.3.2-3 zusätzlich eine generalisierte Angststörung diagnostizierte. Die H.____-Gutachter zitierten zwar den neueren Arztbericht von Dr. F.____ vom 27. März 2009 (Erw. 2.3.3) in ihrem Gutachten nicht, trotzdem lag er ihnen vor (vgl. Aktenverzeichnis vom 11. Juni 2009, Urk. 39/3, Nr. 0028, Dok.-ID 87136337). Aufgrund der im Bericht diagnostizierten generalisierten Angststörung befragten sie die Beschwerdeführerin denn auch anlässlich der Begutachtung ausführlich über die Angstproblematik (Urk. 7/44 S. 44). Wenn sie sich in der gutachterlichen Beurteilung nicht mit der von Dr. F.____ diagnostizierten Angststörung auseinandergesetzt haben, stellt dies zwar einen Mangel dar, es kann aber aus dem Gutachten geschlossen werden, dass sie die Diagnose einer generalisierten Angststörung nicht erheben konnten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bereits Dr. C.____ berichtete am 11. September 2008 (Erw. 2.3.1) über somatoforme Schmerzen und psychosoziale Probleme, Nervosität und Angstgefühle. Im Bericht vom 27. März 2009 (Erw. 2.3.3) wurden von Dr. F.____ erstmals rezidivierende depressive Episoden, aktuell von schwerem Ausmass, 1990, 2005, 2007 erwähnt (Erw. 2.3.3). Dass depressive Episoden schweren Ausmasses aufgetreten sind und sich vorübergehend auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt haben, erscheint nachvollziehbar, so insbesondere, als die Beschwerdeführerin ihren "geliebten" Ex-Mann im Jahr 2006 wieder in der Wohnung aufgenommen hat, als Folge davon ihre beiden Söhne im Alter von 32 und 28 ausgezogen sind und ihre beste Schwester im Jahr 2008 an Darmkrebs gestorben ist (vgl. psychiatrisches Teilgutachten, Urk. 7/44 S. 3). Indessen hat die Beschwerdeführerin ihren Ex-Mann drei Monate vor der Begutachtung, und damit zirka Ende Mai 2009, weggewiesen. Damit ist es nachvollziehbar, wenn die H.____-Gutachter im Zeitpunkt der Untersuchung Ende August/Anfang September 2009 die depressiven Störungen als gegenwärtig teilremittiert betrachteten und nur noch eine Dysthymie erheben konnten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. F.____ diagnostizierte im Bericht vom 18. September 2008 (Erw. 2.3.2) unter anderem erstmals eine generalisierte Angststörung, wobei diesbezüglich lediglich ausgeführt wurde, dass die Beschwerdeführerin seit 2005 wegen Angst und Depression durch den Hausarzt behandelt worden sei und dass die Beschwerdeführerin über eine flottierende Angst, auch sporadisch Angstanfälle, die meistens mehr als 10 Minuten dauerten, klagte. Als Befunde erhob sie lediglich, dass das Denken inhaltlich von den Sorgen und Symptomen eingeengt und weiterhin eine diffuse Angst vorhanden sei. Wie sich die Angstzustände äusserten und wovor die Beschwerdeführerin Angst hat, konnte sie nicht erheben. Im Bericht vom 27. März 2009 (Erw. 2.3.3) erwähnte sie eine beschriebene Leere, die sich mit der Angst um die Existenz abwechselte. Objektive Befunde fehlen. Hieraus ist zu schliessen, dass sich Dr. F.____ in Bezug auf die Diagnose einer

generalisierten Angststörung mehr vom subjektiven Empfinden der Beschwerdeführerin als von objektiv erhobenen Befunden hatte leiten lassen, weshalb auch nachvollziehbar ist, dass die H.____-Gutachter eine Angststörung nicht diagnostizieren konnten.

Zusammenfassend geht aus dem Gutachten schlüssig hervor, dass die Beschwerdeführerin zwar an psychischen Störungen leidet, diese indes nicht invalidisierend sind. Seit der letzten Verneinung eines Leistungsanspruchs im Januar 2004 haben sich diesbezüglich keine wesentlichen Änderungen ergeben. Schon damals sind reaktive depressive Zustände beschrieben worden (vgl. Urk. 7/9/1-2 und Urk. 7/2/5 Ziff. 7.2).

Nach dem Dargelegten ist somit davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand nicht verschlechtert hat, die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsfähig ist und ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen kann. Folglich ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 4

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege sind bei der Beschwerdeführerin erfüllt (Urk. 3), weshalb ihr die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren ist.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, jedoch zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Das Gericht beschliesst

In Bewilligung des Gesuchs vom 27. Januar 2009 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- A.____

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.